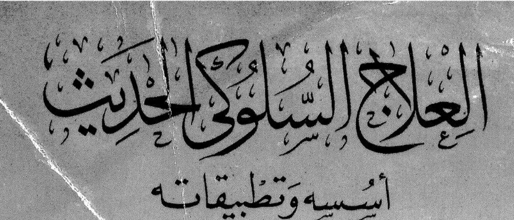


أسسه وتطبيقاته

الدكتور محمد محروس الشناوي

الدكتور محمد السيد عبد الرحمن

دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع
عبده غريب


العلاج السلوكي الحديث
أسسه وتطبيقاته



الدكتور محمد محروس الشناوي

أستاذ الصحة النفسية

قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

الدكتور محمد السيد عبد الرحمن

أستاذ الصحة النفسية

قسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة الزقازيق

النـــاشر

دار قبـــاء للطباعة والنشر والتوزيع (القاهرة)

عبده غريب

الكتـــــاب : العلاج السلوكى الحديث أسسه وتطبيقاته

المؤلـــــف : محمد محروس الشناوى - محمد السيد عبدالرحمن

تاريخ النشر : ١٩٩٨م

الناشـــــر : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع

عبده غريب

شركة مساهمة مصرية

المركز الرئيسى : مدينة العاشر من رمضان

والمطابـــــع المنطقة الصناعية (C1)

ت: ٠١٥/٣٦٢٧٢٧

الإدارة : ٥٨ شارع الحجاز - عمارة برج آمون

الدور الأول - شقة ٦

ت ، ف : ٢٤٧٤٠٣٨

التـــوزيـــع : ١٠ شارع كامل صدقى الفجالة (القاهرة)

رقـم الإيـــداع : ١٣٥٤٨-٩٧

الترقيـم الدولـى : ISBN

977-5810-84-1



تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين هادى البشرية إلى النور والصراط المستقيم وعلى آله وصحبه وسلم، وبعد.

فإنه لم يهتم علماء النفس العرب فى يوما ما بأسلوب علاجى قدر اهتمامهم اليوم بالعلاج السلوكى، والعلاج السلوكى المعرفى، ولاشك أن ذلك يرجع الى ثلاث عوامل أولها: أن العلاج السلوكى وفنياته قد بُنيت على نظريات المدرسة السلوكية التى بدأت بدراسات العالم الروسى إيفان بافلوف واستمرت على يد واطسن وسكنر وبندورا وغيرهم، وتتميز هذه المدرسة بنزعتها التجريبية التى تجعل من الممكن التحقق من صحة المعلومات وضبط المتغيرات، أما العامل الثانى فهو التنوع والتعدد فى الفنيات العلاجية التى يضطلع بها العلاج السلوكى، فالبعض يعتمد على الإشراط الكلاسيكى لبافلوف، والبعض الآخر يعتمد على الإشراط الإجرائى لسكنر، أو على النمذجه لبندورا أو أعادة تركيب المعرفة فى ضوء نظرية إليس أوبيك أو ميكنبوم أو غيرهم وهو مادفع هؤلاء الباحثين الى الهروب من ذلك الطريق الضيق والمظلم والمحفوف بالمخاطر فى التحليل النفسى الى تلك الأفاق الرحبة والواسعة. أما العامل الثالث فيتمثل فى اقتناع الكثير من هؤلاء العلماء وطلابهم بما يتميز به هذا الأسلوب العلاجى من فاعلية وكفاءة، فالمعالج لايغوص فى اللاشعور بحثاً عن المكبوتات والعقد أو يسعى جاهداً لحل الصراعات، ولكنه يهدف مباشرة الى تعديل السلوك المضطرب بأسلوب تدريجى يُشعر المريض بالتحسن بعد عدد محدود من الجلسات وهو مايجعله يقطع الشوط إلى نهايته دون مقاومة أو تحول أو تحول عكسى.هذا فضلاً عما يتميز به هذا الأسلوب من البساطة وإقتصاد التكاليف نظراً لإمكانية إجراء أغلب فنياته بصورة جماعية، إننا على قناعة بأن العلاج السلوكى هو الطريق الملكى المعبد لإخراج النفس البشرية من براثن المرض النفسى.

ولسنا فى حاجة الى إحصاء مايتميز به هذا الكتاب من جدة وعمق وشمول، وحسبنا انه يمكننا القول بأنه يتكون من جزئين (بابين) مترابطين، يُقدم فى الجزء الأول الأسس النظرية للعلاج السلوكى فى إثناعشر فصلاً. فيتناول الفصل الأول تعريف العلاج السلوكى وتطوره وخصائصه وأخلاقيات الأخصائى النفسى السلوكى وفى الفصل الثانى أسس تقدير السلوك، ثم تتناول بقية فصول هذا الباب أهم الفنيات العلاجية المستخدمة فى العلاج السلوكى كالإشراط الكلاسيكى، والتخلص التدريجى والمنظم من الحساسية، والتدريب على السلوك التوكيدى، والإشراط الإجرائى، واستخدام النمذجة فى تعديل السلوك، والغمر، والإشراط التنفيرى وضبط النفس وتعديل البنية المعرفية وأسلوب حل المشكلات.

أما الباب الثانى فيتناول أهم تطبيقات العلاج السلوكى والمعرفى وخاصة فى مجال المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال والمراهقين، وفى مجال الاختلالات النفسية كالقلق، والاكتئاب، وفى مجال المتخلفين عقلياً، والادمان وفى المجال التربوى، ومجال الطب والطب السيكوسوماتى، ويعد هذا الجزء إضافة علمية جديدة نأمل ان تساعد الاخصائيين النفسيين على الاهتداء لأنسب الفنيات العلاجية لمثل هذه الحالات.

وفى الختام نأمل أن يلقى هذا العمل قبول كل العاملين فى هذا المجال والزملاء، وأن يفيد طلاب العلم والمهتمين بالطب النفسى والخدمة الاجتماعية والتربوية وغيرهم. ونسأل المولى عز وجل ان يعلمنا وأن ينفعنا بماعلمنا وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

المؤلفان

أ.د/ محمد محروس الشناوى

أ.د/ محمد السيد عبدالرحمن

الباب الأول

أسس وفنيات العلاج السلوكى

الفصل الأول

العلاج السلوكى

ماهيته - تطوره - خصائصه - أخلاقياته

تعريف العلاج السلوكى:

العلاج السلوكى Behavior therapy اسلوب من الاساليب الحديثة يقوم على اساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشمتل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التى تهدف الى احداث تغيير ايجابى بناء فى سلوك الانسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

ويقصد بالسلوك behavior فى مجال العلاج السلوكى الاستجابات الظاهرة التى يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات.

ويطلق البعض على العلاج السلوكى اصطلاح تعديل السلوك Behavior Modification وبصفه خاصة عندما يستخدم فى بيئه غير عادية **مثلما يحدث فى المدارس وفى معاهد التربية الخاصة** ومراكز تأهيل المعوقين . **ويرى بعض الكتاب فى مجال العلاج السلوكى** (ريم ماسترز ١٩٧٥، **ميكولاس ١٩٧٨) أن هناك من الباحثين** من درجوا على اقحام بعض الجوانب العلاجية تحت مسمى العلاج السلوكى وتعديل السلوك حيث يضعون تحت هذه المسميات كل الاجراءات التى يكون هدفها تغيير السلوك وهو استخدام ليس فى مكانه الصحيح دائما، وعلى سبيل المثال فانه من بين مايمكن ان يؤدى الى تغيير فى السلوك ولكن لايمكن ادراجه تحت علاج أو تعديل السلوك مايجرى احيانا من جراحات للمخ يكون القصد منها تغيير السلوك وهى مايطلق عليها الجراحة النفسية Psychological surgery. وايضا لايدخل فى هذا الفرع مايعرف بغسيل المخ ولا العلاج بالصدمات.

فتعديل السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة على حين تقلل الاستجابات والعادات غير المرغوبة حيث يصبح المريض أو المسترشد اكثر دافعية للتغيرات المطلوبة.

ويتميز العلاج السلوكى بانه لايهتم كثيرا بالبحث فى الخبرات المبكرة للفرد كما انه يركز على الحاضر، ويشتمل على فنيات واجراءات يمكن للفرد ان يفهم مغزاها بسهولة حيث يخلو من الغموض ومن الممكن تدريب المدرسين والأباء على القيام به.

تطور العلاج السلوكى:

إذا نظرنا الى الهدف من العلاج السلوكى وهو تغيير السلوك فانه يمكن القول ان ممارسة الاساليب الاساسية التى تشير اليها نظريات التعلم لتعديل السلوك مثل التعزيز والعقاب والانطفاء والتشكيل واستخدام النماذج السلوكية وغيرها، ممارسة قديمة قد تكون قدم الانسان نفسه تعلمها كما تعلم غيرها من اساليب الحياة.ولم يقف الانسان فى استخدامه لمثل هذه الاساليب على بنى جنسه وإنما استخدمها أيضا مع الحيوانات والطيور ليكسبها مهارات خاصة يستفيد منها فى حياته، وقد اشار القرآن الكريم الى ذلك.

﴿وما علمتم من الجوارح مكلبين تعلمونهن مما علمكم الله... ﴾

(المائدة ٤)

كما يشير القرآن الى التعلم الاجتماعى فى عرض قصة ابنى آدم.

﴿فبعث الله غرابا يبحث فى الأرض ليريه كيف يوارى سوأة أخيه...﴾ (المائدة:٣١)

كما اشتمل المنهج الاسلامى على العديد من الجوانب التى تساعد على التعلم وعلى تغيير السلوك الى الأفضل، ومن ذلك أن القرآن استخدم عديدا من النماذج السلوكية وبأساليب فريدة منها القصة، الأمثال، المشاهد، النماذج الشخصية وهى جوانب للتصوير القرآنى تهدف التى تغيير سلوك البشر الى

السلوك الايمانى الصحيح، كما هدى المؤمنين الى الاقتداء بالرسول صلى الله عليه وسلم.

﴿لقد كان لكم فى رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الآخر وذكر الله كثيرا﴾ (الأحزاب: ٢١)

وتعتبر السنة النبوية من الجوانب الاساسية فى حياة كل مسلم وهى تقوم على الاقتداء بما فعله وماقاله وما قدره الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم. كما امرهم بذلك حين قال "صلوا كما رأيتمونى أصلى"

وحين أمرهم بذلك فى حجة الوداع "أيها الناس خذوا عنى مناسككم"

كذلك فقد أورد القرآن الكريم نماذج علاجية كثيرة، نذكر منها ذلك النموذج الخاص بعلاج حالات النشوز.

﴿...و اللاتى تخافون نشوزهم فعظوهن واهجروهن فى المضاجع واضربوهن فإن أطعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا إن الله كان عليا كبيرا... ﴾

(سورة النساء: ٣٤)

والاسلام يسمو فوق ماعرف تقليديا فى العلاج السلوكى ونظريات التعلم فى أنه أدخل جانب العقل وأيضا جانب العاطفة الانسانية. وفى النموذج الذى اشتملت عليه الآية الكريمة نجد أن أول الاساليب هو الموعظة وهى مخاطبة واعية للعقل الذى كرم الله به الانسان. ثم يلى ذلك اسلوبان أولهما العقاب السلبى ثم العقاب الايجابى.وهما متدرجان من الابسط الى الاشد، وقد وضع الفقهاء لهذه الأساليب شروطا توضح عظمة الاسلام.

وقد أوضح بعض الباحثين مثل محمد عثمان نجاتى (١٩٨١)، الشناوى (١٩٨٧) سبق أحد علماء المسلمين وهو الإمام الغزالى فى تقدير الأسس

العلمية والقواعد الخاصة بالعلاج السلوكى. وسوف نناقش الأسس الاسلامية للغلاج السلوكى فى فصل لاحق.

وفى اطار علم النفس الحديث فقد تطور العلاج السلوكى تأسيسا على تطور المدرسة السلوكية التى أشتملت على كثير من الأراء النظرية القائمة على أساس من المنهج التجريبى والتى يمكن أن نتعرف فيها على المراحل الاتية فى العلاج السلوكى.

١ – واطسون ورواينر Watson & Rayner

فى المرحلة المبكرة يمكن أن نتعرف على بعض التجارب التى أسهمت فى ظهور العلاج السلوكى فلقد أجرى واطسون ورواينر (١٩٢٠) Watson & Rayner تجربة لاحداث الخوف لدى طفل صغير يبلغ من العمر أحد عشر شهرا حيث تعرفا على مثير يحدث الخوف لدى هذا الطفل وهو الصوت العالى فقاما بتقريب أرنب أبيض كان من المألوف للطفل أن يقترب منه دون خوف وفى نفس الوقت يصدران الصوت العالى وبعد فترة كانا يقربان الأرنب وحده حيث تبين أن الطفل اصبح يخاف منه. بل ان الطفل عمم الخوف الى مثيرات أخرى قريبة الشبه من المثير المشروط (الأرنب الأبيض) مثل فراء أبيض على معطف أو رجل ذى لحية بيضاء.. على أن باحثة أمريكية هى مارى كوفر جونز Mary Cover Jones. قامت بعلاج طفل آخر هو الطفل بيتر وكان عمره ثلاث سنوات حيث كان هذا الطفل يخاف من الأرانب وقد قامت بهذه التجربة التى نشرتها عام (١٩٢٤) باستخدام قواعد التعلم لازالة الخوف عن هذا الطفل حيث كان الطفل بيتر يوضع فى غرفة اللعب الخاص به والتى تعطيه حالة من الاسترخاء مع وجود اطفال آخرين لايخافون من الأرانب يلعبون معه بينما تقدم له الحلوى والطعام الذى

يحبه وكانت الفكرة وراء هذه التجربة أن الطعام وتناوله فى موقف مريح سوف يقمع الخوف المشروط. ثم كانت الباحثة بعد ذلك تقرب الأرنب وهو المثير الذى يخاف منه الطفل فى الغرفة بالتدريج نحو بيتر حتى أصبح يلامس الأرنب دون ظهور أى علامات من الخوف.

٢- جوزيف ولبيه: Joseph Wolpe

نشر جوزيف ولبيه فى عام ١٩٥٨ كتابه الشهير العلاج بالكف بالنقيض والذى شمله التفصيلات الخاصة بالاجراءات والنتائج التى حصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم فى علاج الاضرابات العصابية لدى الراشدين. وقد أورد ولبيه عددا من الأساليب العلاجية التى بناها على أساس من نظرية بافولف (١٩٢٧) Pavlov ونظرية هَلّ (١٩٣٤) Hull للتعلم. وما قام به هو نفسه من بحوث تجريبيه على تخفيض الخوف على حيوانات التجارب. واوضح أن ازالة الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض Reciprocal inhibition حيث افترض أنه يمكن تحييد الخوف أو القلق اذا استطعنا ايجاد استجابه مضادة للقلق. وبناء على هذه القاعدة طور الطريقة الشهيرة الأن فى علاج الخوف والتى تعرف بالتخلص التدريجى من الحساسية Systematic Desensitization.

٣- هانز أيزنك فى انجلترا Hans Eysenck

تمثل بحوث وكتابات هانز ايزنك وتلاميذه فى معهد الطب النفسى بجامعة لندن علامة بارزة فى تطور العلاج السلوكى كبديل عن العلاج النفسى التقليدى، التحليل النفسى. وقد ركز ايزنك فى اعماله بصفة خاصة على القواعد والاساليب التى طورها كل من بافلوف وهلّ وكذلك بعض المنظرين فى مجال التعلم مثل موررر (١٩٤٧) وميلر (١٩٤٨). ونادى بأن العلاج السلوكى انما هو طريقة علمية قائمة على أساس من طرق ثبت

تجريبيا فاعليتها عن العلاج النفسى التقليدى. وفى رأى أيزنك أن العلاج السلوكى يعتبر علما تطبيقيا سمته الاساسية أنه يمكن تمحيصه كما يمكن تخطيئه. والنظرية التى يمكن تمحيصها (اختبارها) هى التى يمكن تحديدها بدقة كافية بحيث يمكن تعريضها للبحث التجريبى. أما النظرية التى يمكن تخطيؤها Falsifable فهى التى تحدد الظروف التجريبية التى يمكن أن تنتج فى النظرية التى تُرفض. وقد أوضح ايزنك أنه على عكس العلاج السلوكى نجد أن التحليل النفسى شابه الغموض الشديد فى الصياغة بحيث لايمكن اختبار نظريته كما انه كان من المستحيل ايضا تحديد الظروف التى يمكن فى ظلها اكتشاف خطأه.

وقد اسس ايزنك وراشمان (١٩٦٣) Eysenc & Rachman أول مجلة علمية مخصصة تماما لتطورات العلاج السلوكى تحت اسم بحوث وعلاج السلوك. Behavior Research and therapy ونتيجة للبحوث والكتابات المتواصلة لأيزنك وراشمان استمر معهد الطب النفسى فى جامعة لندن فى شهرته بين مراكز العلاج السلوكى فى العالم.

٤- ب. ف. سكينر B. F. Skinner

تعتبر اسهامات سكينر فى مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التى ساعدت على تطور العلاج السلوكى وتتمثل هذه الاسهامات فى قواعد الاشراط الاجرائى operant conditioning ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية، ومن أهم كتابات سكينر فى هذا المجال كتابه الشهير عن العلم والسلوك البشرى (١٩٥٣) science and Human Behavior والذى انتقد فيه طريقه التحليل النفسى وعرض تصورا للعلاج النفسى فى صورة مصطلحات سلوكية.

ويركز سكنر فى كتاباته على أن السلوك المشاهد observable behavior هو الموضوع الاساس فى التغيير العلاجى، ويعتبر هذا الرأى من

المحاور الاساسية التى يقوم عليها العلاج السلوكى. ومن الناحية الفلسفية فأن الاشتراط الاجرائى كما يراه سكنر ينتمى الى السلوكية الراديكالية والتى ترى أن السلوك الظاهر هو الشئ الوحيد المقبول فى البحث العلمى. وقد نتج عن الرأى الذى تبناه سكينر بخصوص مدى اهمية الخبرة الذاتية فى تشكيل السلوك جدل كبير. والمشكلة هنا ليست فى ما اذا كان سكنر يعترف بوجود احداث خاصة وذاتية مثل التخيلات والأفكار والمشاعر، إنه فعلا يعترف بذلك، ولكن السؤال الهام ليس فى وجود الخبرة الذاتية وانما في ماهية الدور الذى تقوم به فى تنظيم السلوك الانسانى. وقد أقر سكنر نفسه بضرورة ادخال الاحداث الخاصة فى التحليل التجريبى للسلوك غير انه من الواضح من اعمال سكنر بصفة عامة أن الدور الذى تلعبه الاحداث الخاصة (الخبرة الذاتية) قد ظل محدودا فى نظريته وهو يرى على الدوام أن العمليات الذاتية مثلا الأفكار والتخيلات لايمكن أن تمثل علاقة السبب بالنسبة للسلوك وانما هى أحداث ترتبط بالسوك الذى يعتبر دالة (نتيجة) للنتائج الخارجية. وفى شكل جازم فان وجهة نظر الاشراط الاجرائى تفترض انه بعيدا عن التأثيرات الوراثية فان السلوك البشرى تحكمه تماما الأحداث البيئية والتى تعتبر بعيدة تماما عن تحكم الفرد وسيطرته.

كذلك فقد اعتمد سكنر فى بحوثه على دراسة الكائن الفرد وعلى اعادة وتكرار القياسات على نفس الفرد الذى تجرى عليه التجربة تحت ظروف تجريبية عالية الضبط. ويرفض سكنر الأخذ بطريقة المقارنات الاحصائية بين مجموعات من الحالات (أفراد البحث) مبرراً ذلك بأن المتوسطات لاتعكس السلوك الحقيقى للحالات الفردية. وقد سُميت طريقتة بالتحليل التجريبى للسلوك تمييزا لها عن الطريقة العلمية التقليدية فى التحليل الاحصائى لبيانات مجموعة من المجموعات. وانطلاقا من هذه التسمية

عرفت التعديلات التى أدخلت على طريقة سكنر لاستخدامها فى المشكلات الانسانية بالتحليل السلوكى التطبيقى. Applied Behavoir Analysis.

٥- العلاج السلوكى: الانطلاقة العلمية:

على الرغم من تلك التجارب الرائدة فى محاولة علاج بعض المشكلات كتلك التجربة التى قامت بها مارى كوفر جونز (١٩٢٤) والتى سبقتها تجرية واطسون وراينر (١٩٢٠) فان العلاج السلوكى سار ببطء شديد فيما بين العشرينات والخمسينيات من القرن العشرين نتيجة لسيطرة العلاج التقليدى (التحليل النفسى) ورفض أصحاب المدرسة التقليدية لآراء المدرسةالسلوكية التى خرجت بكثير من آرائها من التجارب التى أجريت على حيوانات قائلين أن هذه الآراء بسيطة وغير مناسبة لعلاج المشكلات التى تواجه البشر.

غير انه بعد الحرب العالمية الثانية ارتفعت اصوات الانتقاد بشدة ضد المدرسة التقليدية واوضح كثير من الباحثين عدم وجود أدلة على جدوى التحليل النفسى (ايزنك ١٩٥٢، وليفيت Levitt ١٩٥٧) وقد حاول دولارد وميلر (١٩٥٠) Dollard and Miller ترجمة نظرية التحليل النفسى الى لغة المثير والاستجابة فى نظرية التعلم ولم تكن لهذه المحاولة أثار أكثر من المساعدة على بقاء التحليل النفسى.

وفى أواخر الخمسينيات شهد مجال الأمراض النفسية تحولاً هاماً بتبنى اراء المدرسة السلوكية فى تفسير السلوك كوجهة جديدة فى علم النفس أو نموذج علمى paradigm ووجدت أراء ولبيه وايزنك وسكنر طريقها للتطبيق فى المجال العلاجى. وشهد عقدا الستينيات والسبعينيات تطورات كبيرة فى مجال العلاج السلوكى حيث تجاوز مرحلة الاعتماد على قواعد الاشراط

الكلاسيكى والاجرائى التى استنتجت من البحوث المختبرية على الفئران والحمام. وقد اطلق جون كرمبولتز Krumboltz 1964 اصطلاح الانطلاقة العلمية على عصر يسوده العلاج السلوكى.

التصورات الراهنة فى مجال العلاج السلوكى:

يشهد العلاج السلوكى فى الوقت الحاضر مجموعة من التصورات النظرية والتى نعرضها فيما يلى، على أنه من الاهمية بمكان ان نتذكر انه على الرغم من عرضها بمعزل عن بعضها لكنها ليست متعارضة تماما ويمكن النظر اليها على انها تركز على جوانب مختلفة.

١- التحليل السلوكى التطبيقى Applied Behavior Analysis

تتسق هذه الفكرة من الناحية الفلسفية مع النظرية السلوكية عند سكنر (١٩٥٣) وتعتمد على قواعد وأساليب الاشراط الاجرائى وقد استخدمت أساساً مع الأفراد الذين لديهم طاقات معرفية (عقلية) محدودة وحيث يعتقد ان البيئة لها تأثير فى وجود سلوك المشكلة. وقد استخدمت هذه الاساليب بشكل مركز مع الاطفال الصغار والمتخلفين عقليا، والمرضى الذهانيين فى المستشفيات.

٢- طريقة المثير والاستجابة الحديثة

تستمد هذه الطريقة من الاسهامات الرائدة لكل من ولبيه وأيزنك وتحاول أن تستخدم نظرية المثير والاستجابة لكل من بافلوف، جاثرى، هل، مورر وميلر فى علاج المشكلات العيادية. وعلى النقيض من نظرية الإشراط الاجرائى التى ركزت تماما على السلوك الظاهر (الشاهد) فانها تعطى اهمية للمتغيرات الوسيطة فى تفسير وتعديل السلوك الانسانى. على سبيل المثال فانها تفترض أن الاختلالات العصابية تنتج عن باعث للقلق أو الخوف. **والقلق هو تكوين فرضى لا يمكن مشاهدته بشكل مباشر. ويرتبط**

بهذه الطريقة أو هذا التصور (المثير والاستجابة) طريقة التخلص التدريجي من الحساسية التي تستخدم بشكل واسع في علاج القلق والخوف.

٣-طريقة العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior therapy

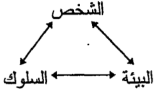
تعتبر هذه الطريقة من أحداث التصورات في مجال العلاج السلوكي. وهي تستند على افتراض أساسي يؤكد على اهمية العمليات العقلية أو الترميزية في تنمية السلوك المرضي والابقاء عليه وتعديله أيضا (ماهوني Mahoney ١٩٧٤). ومن المفاهيم الاساسية في هذه النظرية الإدراكات الذاتية للفرد عن الاحداث وتفسيراتها واسهاماته السلوكية فيها وتقاريره الذاتية، واستراتيجياته العقلية. ومن اهم الأساليب المستخدمة في هذه الطريقة أسلوب إعادة البنية المعرفية Cognitive Restructuring وتقوم فكرة هذه الاساليب على ان التفكير غير العقلاني له تأثير كبير على الاثار النفسية المرتبطة بحدث ما، وكذلك الخطأ في تفسير النتائج. وتختلف الاساليب من الاعتماد على الجانب العقلي تماما مثل المجادلة العقلية والتحليل المنطقي إلى استخدام الاساليب السلوكية المباشرة.

٤- نظرية التعلم الاجتماعي Scoial Learning theory

عرض البرت باندورا (١٩٦٩) Bandura في كتابه المرجعي عن تعديل السلوك اشمل وأدق حصر للعلاج السلوكي المعاصر في اطار تصوري لنظرية التعلم الاجتماعي.

ومما يميز نظرية التعلم الاجتماعي انها جمعت بين المداخل الثلاث التي سبق عرضها والتي اهتمت بالسلوك الاجرائي (سكنر) والإشراط الكلاسيكي (ولبيه) والجوانب العقلية (المعرفية) وذلك في اطار نظري واحد (باندورا ١٩٧٧). أما الميزة الثانية لنظرية التعلم الاجتماعي فهي افتراضها

أن الأداء السيكولوجى يشتمل على تفاعل متبادل بين ثلاث مجموعات من العوامل هى السلوك، العوامل المعرفية، التأثيرات البيئية والتى يوضحها الشكل التالى.



حيث يوضح الشكل أن الشخص لاتوجهه القوى الداخلية كما انه ليس منفعلا سلبيا للضغوط الخارجية وانما هو محرك وموضوع لتأثير البيئة. والميزة الثالثة لهذه النظرية هى اعتبارها ان الشخص عامل اساسى للتغيير حيث تركز على طاقة البشر فى التوجيه الذاتى لتغيير السلوك.

٥- العلاج المتعدد الوسائط Multimodal Behavior therapy

طور هذه النظرية أرنولد لازاروس (١٩٧٦) Lazarus. وفى هذه الطريقة يجرى تحليل المشكلات الكلينيكية الى سبع مكونات اساسية تتفاعل مع بعضها (Modalition) والتي تجمعها حروف الكلمتين BASIC ID وهى السلوك Behauior، الوجدان Affect، الاحساس Sensation، التخيل Imagery، المعرفة Cognition، العلاقات الشخصية Interpaersonl، العقاقير Drungs. ثم يركز العلاج بعد ذلك على مشكلات محددة داخل كل مكون من هذه المكونات.

ان هذه المداخل النظرية والاجرائية المختلفة تجمعها خطوط تقرب بينها تجعلها تنتمى جميعا للعلاج السلوكى. ومن ابرز هذه الخطوط فرضان اساسيان يقوم عليهما العلاج السلوكى هما:

١- ان العلاج السلوكى يقوم على نموذج سيكولوجى للسلوك الانسانى يختلف جذرياً عن النموذج السيكودينامى التقليدى فى تفسير الأمراض النفسية

٢- الالتزام بالمنهج العلمى والقياس والتقويم.

خصائص العلاج السلوكى:

يتصف العلاج السلوكى بمجموعة من الخصائص تميزة عن طرق العلاج الأخرى وبصفة خاصة العلاج النفسى التقليدى القائم على اسس نظرية التحليل النفسى والتى كانت تعتبر النظرية السائدة فى مجال الطب النفسى السائدة وعلم النفس الكلينيكى الى منتصف الأربيعنات. ويحدد ريم وماسترز (١٩٧٩) Rimm & Masters الخصائص الأتية باعتبارها افتراضات يقوم عليها العلاج السلوكى.

١- **يميل العلاج السلوكى الى التركيز على الاعراض اكثر من التركيز على أسباب فرضية:** وقد كان العلاج التقليدى مثل مدرسة التحليل النفسى التى انشأها سيجموند فرويد يقوم على اساس من الاقتناع بوجود اسباب تكمن فى مراحل النمو المبكرة هى التى تؤدى الى الاضطراب والمرض النفسى وأن معرفة هذه الاسباب المولدة للأعراض التى يأتى بها المريض الى العيادة والقضاء عليها هو الاساس فى العلاج النفسى. ولان المعالج الذى يستخدم اسلوب التحليل النفسىيكون لديه اقتناع بان هذه الاسباب مخزونة فى اللاشعور فانه يعمل جاهدا لمساعدة المريض على استحضار مافى هذا "اللاشعور" الى حيز الشعور الأمر الذى قد يستغرق سنوات. والطريقة التى تركز على الأسباب التى تقف وراء الأعراض يطلق عليها اصطلاح النموذج الطبى Medical Model.

أما المعالجون السلوكيون فانهم يرون أن الاهتمام ينبغى أن يوجه نحو السلوك موضوع المشكلة أو موضوع انشغال المريض اكثر من الاهتمام

بالاسباب الكامنة وراء السلوك. وان اهتمام المعالج يجب أن ينصب على تناول هذا السلوك بالتغيير اكثر من بحثه عن الأسباب أومحاولة القضاء عليها.

٢- يفترض العلاج السلوكى أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة الى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التى يتعلم بها الفرد أى سلوك آخر: حيث تركز نظريات العلاج السلوكى على أن الانسان هو نتاج البيئة التى يعيش فيها، وبذلك فإن قوانين التعلم التى يستفيد منها العلاج السلوكى تفسر لنا ايضا كيف تؤثر البيئة على الانسان.

ورغم الاختلاف بين السلوك التوافقى والسلوك غير التوافقى فى تأثيرها على الافراد فإن المعالجين السلوكيين ينظرون لكلا النوعين من السلوك على أنها مكتسبة بالتعلم ويخضعان لنفس القواعد فى التعلم.

غير أن هؤلاء المعالجين قد بدأوا فى الأونه الأخيرة فى الاهتمام بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من أثار ترتبط بالسلوك غير التوافقى. ذلك أن بعض السلوكيات غير المتوافقة التى تعقب حدوث اصابة فى المخ على سبيل المثال لايكون من السهل علينا أن نقول عنها انها ناتجة عن التعلم.

٣- يفترض العلاج السلوكى أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيرا فى تعديل السلوك غير المتوافق: حيث انه كلما كانت الاستجابات غير المتوافقة ناتجة عن التعلم كلما كان من الممكن تعديلها ايضا باستخدام قواعد التعلم. غير أن دافيسون (١٩٦٨) Davison يرى أن امكان تغيير استجابه من خلال التعلم لايبرهن على كونها قد اكتسبت من خلال التعلم. وتعتبر قواعد الاشراط الكلاسيكى (بافلوف) وما نتج عنه من تطبيقات (ولبيه) وقواعد الاشراط الاجرائى (سكنر) وتطبيقاتها

وقواعد التعلم الاجتماعى (باندورا) وكذلك قواعد العلاج المعرفى السلوكى من اهم القواعد التى تستخدم فى مجال العلاج السلوكى بجانب كونها تخدم المعالج فى تفسيره للسلوك واستمراره.

٤- يتضمن العلاج السلوكى اعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدة: لاينظر العلاج السلوكى الى الاستجابات غير المتوافقة على انها ناشئة عن شخصية مضطربة، ومن ثم فلن يكون من اهداف المعالج أو العميل تسهيل اعادة تنظيم أو اعادة بناء شخصية العميل وانما بدلا من ذلك يكون الهدف هو المساعدة على التخلص من المشكلات المحددة التى تتداخل أو تشوش على أداء العميل.

وفى مجال العلاج السلوكى فان المعالج والعميل يشتركان فى تحديد أهداف نوعية محددة للعلاج، وعادة فان مثل هذه الاهداف توضع فى صورة أهداف تعليمية. فمثلا يمكن أن يكون من بين الاهداف التى توضع لشخص يعانى من القلق الاجتماعى على النحو التالى:

"بعد العلاج يصبح العميل قادرا على الوقوف أمام مجموعة لاتقل عن عشرة اشخاص والتحدث امامهم لمدة نصف ساعة دون أن تظهر عليه علامات القلق. ويقال فى العلاج السلوكى أن المعالج يقوم بعملية تفصيل (تقطيع) tailoring للأهداف بما يناسب العميل ومشكلته".

٥- يرفض العلاج السلوكى النظرية الكلاسيكية للسمات: لقد قوبل مفهوم السمات traits بجدل وانتقادات شديدة، ويقصد بالسمة استعداد مسبق للقيام بسلوك معين فى مواقف تختلف عن بعضها البعض. وكمثال لذلك نفترض انه فى موقف يقدر الشخص (أ) على أنه أكثر عدوانية عن الشخص (ب) وهذا بدوره يحكم عليه أنه اكثر عدوانية من شخص ثالث (جـ) هنا نجد

أن مفهوم السمة يقضى بان هؤلاء الاشخاص سيكون عدوانهم فى مواقف أخرى غير الموقف الأول بنفس الترتيب السابق أى (أ) أكثر من (ب)، (ب) أكثر من (ج)..... غير أن هذا الاتساق فى السلوك عبر المواقف لايحدث إلا فى حالات نادرة كما تشير بذلك نتائج البحوث التى أجريت فى هذا المجال.

ونتيجة لذلك الوضع، فقد قامت بدائل أخرى لنظرية السمات وهى:

أ- الموقفية Situationalism

ب- التفاعلية Interactionalism

وتفترض الموقفية أن السلوك يكون تحت السيطرة المباشرة للمثير وبذلك فانه يتحدد الى درجة كبيرة عن طريق الموقف نفسه، ومعنى هذا أن اتساق الاستجابة يكون على نحو ما دالة مباشرة لاتساق المثير أو اتساق البيئة. فاذا عدنا إلى المثال الخاص بسمة العدوان فان الشخص (أ) يتصرف بعدوانية فى موقف مثير معين لأنه قد حدث لديه اشراط للتصرف بهذه الكيفية فى وجود هذ المثير. واصحاب فكرة الموقفية لايرون مبررا يجعلنا نتوقع أن الشخص (أ) سيسلك سلوكا عدوانيا فى بيئة مختلفة.

أما التفاعلية فقد أخذت موقفا وسطا، اذ يرى أصحابها أن السلوك يمكن أن ينظر اليه على أنه وظيفة تفاعلية للمثيرات الخارجية مع مايطلقون عليه المتغيرات الشخصية (مثلا: الجوانب العقلية، والسمات، الحالة الفزيولوجية) ومن بين المدافعين عن فكرة التفاعلية ايزنك، باندورا، ميسكيل. وعلى سبيل المثال فان كلا من ميسكيل وباندورا قد يرون أن السلوك العدوانيى للشخص (أ) فى موقف معين قد اثير بمثير خارجى ولكن فقط بعد أن تم تشغيل المعلومات الخاصة بالمثير. وإذا نظرنا إلى المعالجين السلوكيين نجد أن المجموعة الأولى منهم كانوا يميلون إلى فكرة الموقفية

(مثلا سكنر) أما أولئك الذين يدخلون الجوانب المعرفية فى حسابهم مثل اصحاب مدرسة التعلم الاجتماعى (باندورا وميسكيل) فانهم يفضلون التفاعلية فى تفسيرهم للسلوك. وبذلك فان المعالجين السلوكيين يرفضون جميعا النظرية التقليدية للسمات ويرون أن سلوك الشخص فى مجموعة واحدة من الظروف هو دليل ضعيف على كيفية استجابته فى موقف يختلف عنه اختلافا كبيرا.

٦- **يقوم المعالج السلوكى باعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل:** كثير من الطرق التقليدية فى العلاج النفسى تقدم طريقة واحدة اساسية فى العلاج دون أن تأخذ فى اعتبارها طبيعة المشكلة التى يعرضها العميل. ففى طريقة التحليل النفسى، يفترض من المعالج أن المتاعب الحالية التى يعانى منها الفرد تنشأ من نقص الاستبصار بالخبرات المؤلمة التى مرت به فى الطفولة، وبذلك فان المعالجين الذين يستخدمون طريقة التحليل النفسى يتبعون اسلوبا واحدا فى العلاج للوصول الى هذا الاستبصار، وتقوم طريقتهم اساسا على مساعدة الفرد على استحضار مافى اللاشعور الى حيز الشعور والتعامل معه من خلال التفسير الذى يقوم به المعالج. كما ينظر الذين يستخدمون طريقة روجرز فى العلاج المتمركز (المنعقد) على الشخص الى مشكلات الفرد الراهنة على انها تشير الى حاجته للاعتبار الايجابى غير المشروط وان وجود شروط الأهمية يحول بينه وبين التعامل مع بعض الخبرات التى لاتتسق مع ذاته. ومن هنا فان المعالج يحاول أن يوفر علاقة مع المسترشد تكون خالية من شروط الأهمية كاسلوب اساسى فى العلاج.

أما العلاج السلوكى فانه يفترض تشخيصا متنوعا بالنسبة للمشكلات التى تقابله ولايوجد افتراض مسبق مؤداه ان خبرات الطفولة هى المؤدية للسلوك المضطرب (غير المتوافق) ولا أن مفهوم الذات المنخفض هو السبب

فيه، ومن هنا فانه لايلتزم بطريقة واحدة فى العلاج وانما يستخدم طرقا متنوعة، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة: وعلى سبيل المثال فان الخوف يمكن علاجه باستخدام اسلوب التخلص المنظم من الحساسية أوباستخدام اسلوب الغمر Flooding أو أسلوب التفجير الضمنى الداخلى Implosion أوباستخدام النماذج السلوكية Modeling أوغيرها ولهذا يقول المعالجون السلوكيون انهم يقومون بعملية تفصيل لطرق العلاج لكل فرد على حدة بما يناسب ظروفه ومشكلته.

٧- **يقوم العلاج السلوكى على مبدأ هنا والآن:** فى كثير من الاحيان فان الافراد الذين يحضرون للعلاج تكون لديهم توقعات أن يسألهم المعالج عن خبرات الطفولة بشكل مفصل. لكن فى الواقع فان هذا الاسلوب كان دأب المدرسة التقليدية فى التحليل النفسى أما فى العلاج السلوكى فان المعالج لايركز على خبرات الطفولة وانما يركز على السلوك الموجود الآن وعلى البيئة أو الظروف التى يحدث فيها وان كان ذلك لايمنع من التعرف على الماضى ولكن دون تركيز كبير عليه.

٨- **يهتم العلاج السلوكى بالجانب التجريبى:** يؤكد العلاج السلوكى على أهمية اتباع المنهج العلمى كاسلوب للوصول الى النتائج التى تساعد على تحقيق فنيات وأساليب العلاج. وفى المعتاد أن يهتم المعالج بتحديد خط البداية والذى يمثل القاعدة للسلوك موضوع التغيير كما يهتم بتحديد خط النهاية وتقويم نتائج العلاج وبذلك يتسنى له اجراء المقارنات.

أخلاقيات العلاج السلوكى:-

العلاج والارشاد النفسى عمل متخصص يحتاج الى حماية ورعاية من داخل مجتمع القائمين به وهم المرشدون والمعالجون وكذلك من جانب المجتمع الاكبر الذى يمارس فيه. ولهذا فان الممارسين للعلاج والارشاد

يتفقون على مجموعة من المبادئ الاخلاقية (ميثاق شرف) يلتزمون بها. ومن هذه المبادئ:

(١) العلم والخبرة:

فالمرشد أو المعالج يبنى عمله على اساس من مجموعة من العلوم التى يستند اليها العلاج والارشاد والتى تساعده على فهم البشر لنموهم واضطراباتهم ومشكلاتهم النفسية والشخصية والاجتماعية، وهذه العلوم يتلقاها فى دراسة جامعية موجهة نحو اعداد الدارسين لممارسة العلاج أو الارشاد كذلك لابد للمعالج أو المرشد من مهارات يستعين بها فى عمله كمهارات المساعدة والمقابلة والملاحظة والعمل مع الافراد ومع الجماعات والمهارات الكلينيكية فى تشخيص الأمراض والمشكلات ومهارات علاجية... وتقضى القواعد الاخلاقية ألا يدعى المرشد أو المعالج النفسى لنفسه علما أو خبرة ليست عنده. كما تقضى هذه القواعد بأن يسعى المعالج أو المرشد النفسى الى الاستزاده من العلم والخبرة ما أمكن ذلك سواء كان ذلك بحضور البرامج الدراسية أو المؤتمرات أو ورش التدريب المتخصص أو بالتشاور مع زملائه والاطلاع على مايصدر من بحوث ومجلات علمية متخصصة واذا كان المعالج أو المرشد فى موقع يقوم به بتعليم غيره أوتدريبه فان عليه أن يبذل أقصى ما فى وسعه فى عمله التعليمى أو التدريبى بحيث ينقل أقصى مايمكن من علم أو خبرة للمتدربين.

٢- العمل لمصلحة العميل أو المريض :

ولأن العمل العلاجى والارشاد يقوم على مبدأ مساعدة البشر فى سبيل تحسين ظروفهم والتخلص من مشكلاتهم فان المعالج والمرشد ملتزمان بالعمل لمصلحة العميل ورفاهيته. فاذا تعارضت مصلحة العميل مع مصلحة

الهيئة التى يعمل لحسابها فان عليه أن يظل على ولائه لمصلحة العميل أو ينسحب من العلاج.. وفى سبيل تحقيق هذا الهدف فان المعالج أو المرشد لايقدم على اجراء يكون من شأنه الحاق أى ضرر بالعميل، كما يجب عليه أن يخبر العميل بالاجراءات التى يتبعها معه والنتائج المتوقعة من هذه الاجراءات واذا كان يعلم انه سيستخدم بعض الطرق الشديدة مثل العلاج بالتنفير أو الصدمات فان عليه أن يحصل على موافقة العميل على استخدامها وعلى أن تكون هذه الموافقة كتابية (خطية) ومبنية على معلومات كافية يعطيها المعالج للمريض لتوضيح اثار العلاج وبصورة يطمئن منها المعالج أن العميل قد استوعبها.

٣- سرية المعلومات:

يقوم العلاج والارشاد النفسى على اساس من علاقة إرشادية وعلاجية يكتسب فيها العميل أو المريض الأمن الذاتى والثقة فى المعالج. وهذه العلاقة هى التى تسهل فى الواقع عملية العلاج بل وتسرع فى نتائجها الايجابية.. فالعلاج والارشاد يقومان اساسا على مبدأ خذ، وهات وعلى اساس من معلومات صريحة ودقيقة من جانب العميل وجهد مخلص من جانب المعالج.ولهذا فان العميل لكى يبوح بتلك المعلومات التى قد تمثل جوانب لايبوح بها لأحد حتى اقرب الناس إليه فانه يحتاج الى أن يطمئنه المعالج أن هذه المعلومات لن تتاح لأحد غير المعالج نفسه وانه إذا نشأت حاجة إلى ذلك فلن يتم هذا ألا بموافقة واذن من العميل نفسه (إذا كان راشداً)... ويشمل مبدأ السرية بصفة عامة على:

أ- كل ما يجرى ومايقوله العميل فى موقف الارشاد أو العلاج يعتبر سراً كاملا لايجوز الافصاح به لأى شخص أو جهة إلا بأذن كتابى من العميل.

ب- واستثناء من القاعدة السابقة فانه يجوز للمعالج أن يخرق مبدأ السرية إذا تبين أن العميل ينوى أن يلحق ضررا أو يمثل خطراً على نفسه أوعلى آخرين أوعلى المجتمع ويكون ذلك الافصاح للمتخصصين وللسلطات المسئولة.

جـ- واذا كان المعالج أو المرشد ممن يقومون بالتدريس فى الجامعات وأراد أن يعرض بعض الامثلة العلاجية فان عليه أن يغير تماما من معالم الشخصية ولايظهر الإسم تحت أى ظرف من الظروف.

وينبغى أن يوضح المرشد للعميل مبدأ السرية وضوح تام وحدود هذا المبدأ وكيف يتم حفظ الأوراق والمستندات وغيرها مما يشتمل على معلومات معينة.

٤- مبدأ التدرج:

من المبادئ الاساسية فى العلاج السلوكى أن يكون هناك تدرج فى استخدام الأساليب العلاجية فنبدأ بالاساليب الاكثر قبولاً للنفس البشرية مثل التدعيم وألا نستخدم أساليب مثل الغمر أو الاشراط التنفيرى والعقاب إلا عندما تعجز الطرق الخفيفة.

٥- مبدأ اشتراك العميل فى تحديد أهداف العلاج ووسائله:

وهذا المبدأ من المبادئ الهامة فى العلاج السلوكى حيث يشترك العميل مع المعالج فى تحديد الأهداف النوعية المتصلة بحالته والتى يسعى العلاج أو الارشاد الى تحقيقها وكذلك فى تحديد الطرق التى ستستخدم، وبالطبع فان هذا المبدأ يستخدم مع العميل على قدر ماتسمح به قدرته الذهنية وسنه فاذا لم يكن فى حالة تسمح له بذلك فان ولى أمره يحل محله فى هذا الجانب.

٦- احترام المعالج لزملاء المهنة:

يلتزم المعالج أو المرشد باحترام زملائه فى المهنة ومايبدونه من أراء، وفى حالة علمه بوجود أخطاء أخلاقية فى الممارسة فان عليه أن يبدأ أولا بنصح زميله فاذا لم يستجيب لهذا النصح رفع الأمر لجهة الاختصاص.

كذلك فان المعالج أو المرشد غالبا مايكون عضواً فى فريق للارشاد أو للعلاج لذا يجب عليه أن يحترم اعضاء الفريق وتخصص كل منهم وألا يحاول التقليل من شأن أى تخصص أو أى عضو وأن يعمل بروح الفريق جاعلا نصب عينيه الهدف أو الاهداف العلاجية أو الارشادية للعميل.

٧- انهاء العلاقة عند الضرورة:

إذا اتضح للمعالج أن المريض لايحقق استفادة من العلاج أو إذا اتضح للمعالج أن الجهات التى يعمل بها تستخدم خدمات العلاج أو الارشاد باساليب تؤثر على المريض أو العملاء فان عليه أن ينهى العلاقة الارشادية.

٨- تجنب العلاقة المزدوجة:

فيما عدا حالات الضرورة لايجوز للمعالج أو المرشد أن يدخل فى علاقة مزدوجة مع العميل أو المريض ومن مثل هذه العلاقة أن يكون العميل مرءوسا أو رئيسا له أو يكون شريكا له فى تجارة أو مشروع أو صديقاً له أو من أقاربه. كما ينبغى عليهم الايدخلوا لمثل هذه العلاقات اثناء العلاج أو الارشاد.

٩- مراقبة الذات:

يدرك المرشد أو المعالج أن عمله قد يؤثر على سلوك العميل أو قراراته وهو لذلك يراقب تصرفاته الذاتية وتصرفات العميل نحوه وعليه إذا وجد أن سلوكه أو سلوك العميل قد اتجه بالعلاقة اتجاها شخصيا أن ينهى

العلاقة. كذلك فان المعالج أو المرشد عليه أن يستشير زميلا آخر فى المهنة عندما يلمس تغيرا فى سلوكه الشخصى...

١٠ - استخدام الاختبارات وأدوات القياس:

عندما يستخدم المرشد أو المعالج اختبار من الاختبارات النفسية فان العميل يكون من حقه أن يعرف الغرض من استخدام الاختبار ونتائج الاختبار وتفسير هذه النتائج بطريقة ولغة يفهمها العميل أو المريض فيما عدا لوكانت هذه الاختبارات بغرض القبول فى وظيفة أو مدرسة وكان ذلك معروفا قبل الاختبار، كذلك يلتزم المرشد أو المعالج بأن يستبعد من ملف الطالب أى نتيجة للاختبار أو الاختبار نفسه إذا كان من المحتمل أن يساء استخدامها فى أى غرض واذا لم يعد لهذه الأرقام أهمية فى البرامج الخاصة بالعميل.

١١ - البحوث والدراسات:

عند قيام المرشد أو المعالج ببحوث على العملاء أو المرضى فان هذا لايتم إلا بإذن كتابى من العميل وهذا الاذن يكون صادراً من العميل بناء على معلومات كافية عن طبيعة البحث وألا يشتمل البحث على ما يلحق أى ضرر بالعميل أويترتب عليه نتيجه ضارة به فى وقت لاحق واذا حدث مثل هذا الضرر فان على المعالج أن يعمل على تصحيحه كلما أمكنه ذلك.

المـــراجع

المراجع العربية

محمد عثمان نجاتى: القرآن وعلم النفس - دار الشروق - القاهرة ١٩٨١

محمد محـروس الشـناوى: نمـوذج تهذيـب الاخـلاق عنـد الغزالـى، ومقارنتـه بنموذج العلاج السلوكى الحديـث. رسـالة الخليـج العربـى العـدد (٢٢) - ١٩٨٧م

المراجع الاجنبية:

Bandura, A. (1977) Social Learning Theory. Englewood clifts: Prentice - Hall.

Eysenck, H.J., and Rachman, S. (1965) The Causes and Cures of Neurosis. London: Routledge and kegan Paul.

Hull, C., (1943) principles of behavior, New york; Appleton - century.

Jones, M.C. (1924) Elimination of children's fears.. journal of Experimental Psychology, 1:383-390.

Lazaruo, A.A. (1976) Multimodel behavior therapy, New york; Springer.

Mohoney, M.J (1974) Cognition and Behavior modification, Cambridge, mass: Ballinger

Miller, N.E. (1948) Studies of fear as an acquirable drive. I. Fear as motivation and fear reduction as Reinforcement in the learning of new responses, Journal of Experimental Psy chology 38:89-101

Mowrer, O.H. (1946) On the Dual Learning of learning a seinterpratation of "conditioning" and "Problem solving". Harvard Educational Review 17:102-148

Pavlov., I.P (1927) conditioned Reflexan: An invastigation of the Phyciological activity of the cerebral Cortex, New York: Oxfond university Press.

Skinner, Po. F (1953) Sciance and human behavior. New York: Macmillan.

Watsom, J. B., and Rayner, R. (1920) Canditioned emotianal Reactions. Journal of Experimental Psychology 3:1-14

Wolpe, J. (1958) Psychotheray by Reciprocal Inhibition, Stanford: Stanford university Press.

الفصل الثانى

أسس تقدير السلوك

Behavior Assessment

تشمل عملية العلاج السلوكى على مجموعة من الخطوات المتتابعة وهى:

١- تقدير السلوك أو تحليل السلوك.

٢- تحديد الاهداف العلاجية للفرد

٣- اختيار طريقة للعلاج.

٤- تطبيق طريقة العلاج المختارة.

٥- تقويم نتائج العلاج.

وبذلك فان المهمة الأولى التى يقوم بها المعالج السلوكى* هى تحديد المشكلات التى يعانى منها العميل، ولايكفى أن نقول على سبيل المثال أن هذا الشخص عصابى Neurotic وانما يكون ضروريا أن نحدد سلوكيات الفرد التى ينبغى تعديلها وكذلك السلوكيات التى يفتقد اليها ويحتاج إلى اكتسابها (تعلمها). وتتم عملية تحديد المشكلات من خلال إجراءات خاصة تعرف بتقدير السلوك Behavior Assessment أو تحليل السلوك Behavior Analysis.

وتهدف عملية تقدير السلوك إلى تحديد العيوب السلوكية والسلوكيات غير المناسبة ومدى تكرار حدوثها فى مواقف متنوعة. واهم مايقوم به المعالج فى هذه العملية هو تحديد السلوكيات موضوع العلاج بطريقة متكاملة لاتترك مجالا للتشكك فيما إذا كانت قد حدثت بالفعل. وعلى سبيل المثال: إذا كان المعالج مهتما بمدى خوف الشخص من التواجد فى اماكن مرتفعة فانه

---

* سوف يستخدم المؤلفان مصطلحات المعالج والمرشد بصفة متبادلة كما يستخدما مصطلحات المريض والعميل والمسترشد والفرد بصورة متبادلة أيضا.

قد يهتم بمعرفة التغير فى ضربات القلب لدى هذا الشخص حال وجوده فى هذه الاماكن وعلى ارتفاعات مختلفة. وبذلك يمكن تحديد الخوف فى صورة استجابات فيزيولوجة. كذلك قد يلجأ إلى معرفة الارتفاع الذى يمكن لهذا الفرد أن يصعد إليه منفردا. كذلك إذا أراد أحد المعالجين أن يتعرف على سلوك الترتيب والنظام لدى أحد الاطفال فانه قد يقيس هذا السلوك فى صور متنوعة مثل اهتمام الطفل بترتيب سريره وكذلك تعليقه لملابسه فى اماكنها الخ... والذى يهمنا أن نؤكد عليه هو أن تقدير السلوك يركز على سلوكيات موضوعيه يمكن قياسها. ويتعامل تقدير السلوك مع السلوكيات والعلاقات بينها، ويتجنب وضع الناس فى تراكيب أوفئات لايمكن ملاحظتها أوقياسها بشكل مباشر. وعلى سبيل المثال إذا قال الفرد الذى نعالجه أنه يكون "متوترا أو مشدودا" فى معظم الأوقات فان تقدير السلوك فى هذه الحالة يركز على جوانب القوة وجوانب الضعف فى سلوكه بما فى ذلك مهاراته الاجتماعية، مهاراته المهنية، وأفكاره ومشاعره الخ... والتى قد تؤدى إلى أن يكون الشخص "مشدودا"، ولايوجد أى داع فى العلاج السلوكى يدعونا أن نضيف إلى هذا التقدير تراكيب أو مسميات مثل قوة الأنا، مفهوم الذات، أو النمو النفسى الجنسي كما يحدث فى نظريات أخرى للعلاج.

كذلك فان تقدير السلوك يقلل إلى أقصى درجة من عملية وضع الاشخاص فى تصنيفات مرضيه (باثولوجية)، ذلك أن تقدير السلوك لايهتم اساسا باى نوع من الانواع من الاشخاص يكون هذا العميل؟ وانما اهتمامه الاساسى هو "ماذ يفعل؟" أى ماهى سلوكياته.

وعملية وضع الاشخاص فى فئات أو وضعهم تحت لافتات مثل "فصامى" أو "هذائى" قد ينتج عنه العديد من المشكلات، ذلك أن القائم بالعلاج السلوكى أو بتعديل السلوك سواء كان معالجاً أو مرشداً أو أى متخصص

آخر يعمل مع الفرد قد يصوغ سلوكه المهنى مسبقا على اساس هذه اللافتة أو هذا المسمى. وكذلك الحال بالنسبة لغير المتخصصين مثل المدرسين والمراقبين الذين يعملون فى المدارس والمؤسسات وكذلك زملاء الشخص نفسه. وهؤلاء جميعا قد يتجاهلون جانبا أوجوانب هامة من سلوك الشخص أو يفترض عن خطأ أن هذا الشخص سيتصرف بنفس الطريقة التى يتوقعونها من الاشخاص الذين يوصفون تحت نفس المسمى أو نفس اللافتة (نفس التشخيص). وبالاضافة إلى ذلك فان وضع اللافتات والمسميات على الاشخاص قد تفرض عليهم نوعا من الوصمة الاجتماعية Stigma أو تسبب الخوف والقلق للشخص نفسه وينجم عن ذلك فى بعض الاحيان أن يتصرف الشخص على النحو الذى يتوقع الأخرين أن يتصرف به بناء على وضعه فى فئة معينة ـ ومن هنا فان المعالجين السلوكيين يتحاشون إعطاء مسميات مثل "فصامى بارنويدى" أو "غير متوافق اجتماعيا" أو "بطيئ التعلم" ـ وغير ذلك من المسميات.

وتختلف الطريقة التى يتم بها تقدير السلوك اختلافا كبيراً باختلاف نوعية العميل ونوعية المشكلات، فقد يتم تقدير السلوك باستخدام الملاحظة المباشرة أو غير المباشرة أومن خلال المقابلة أو التسجيل الذاتى أو تمثيل الأدوار أو غير ذلك.

ويتوقف نجاح الأسلوب المستخدم لتقدير السلوك بشكل كبير على وجود علاقة علاجية (أو إرشادية) مهنية جيدة مع العميل بحيث يمكن للمعالج من خلالها أن يدرك ويفكر ويشعر من موقع العميل نفسه (أو حسب تعبير كارل روجرز من الاطار المرجعى للعميل) ومعنى آخر أن تقوم العلاقة بين المعالج (المرشد) والعميل على أساس من المشاركة.

نماذج تقدير السلوك:

هناك عدد من النماذج التى تستخدم فى مجال العلاج السلوكى والتى تصور لنا الجوانب التى تشتمل عليها عملية تقدير السلوك ولعل من اشهر هذه النماذج النموذج التتابعى المعروف بالحروف الثلاثة A.B.C حيث يشير الحرف A إلى الأحداث السابقة (المقدمات)، والحرف B إلى السلوك نفسه موضع التقدير، والحرف C إلى الأحداث التى تعقب السلوك، وهذه الحروف هى الحروف الأولى للكلمات الثلاث - Antecedents - Behavior Consequences وقد قدم كورميير وكورميير (١٩٨٥) وصفا لنموذج قائم على هذا التتابع. كذلك فقد قدم ارنولد لازاروس (١٩٧٦) نموذجا لتقدير السلوك قائم على اساس من نظريته فى العلاج والمعروفة بالعلاج المتعدد الوسائط Multimodal Therapy حيث يستخدم لازاروس سبعة أحرف للاشارة إلى مكونات هذا النموذج ووصفها فى كلمتين هما BASIC ID حيث يشير الحرف B إلى السلوك Behavier والحرف A إلى الوجدان Affection والحرف S إلى الاحساس Sensation والحرف I للتخيل Imagery والحرف C إلى الجوانب المعرفية (العقلية) cognition، والحرف I إلى العلاقات الشخصية Interpersonal والحرف الأخير وهو الحرف D إلى العقاقير Drugs.

وسوف نتناول بالتفصيل النموذج التقليدى التتابعى - المقدمات - السلوك - النتائج. ويفترض كورميير وكورميير اللذان بنيا نموذجا على اساس هذا التتابع يتضمن الفروض الاتية:

١- أن معظم السلوك متعلم.

٢- أن اسباب المشكلات وبالتالى اساليب علاجها ذات ابعاد متعددة.

٣- ينبغى أن ننظر للمشكلات نظرة اجرائية.

٤ـ معظم المشكلات تقع فى محيط اجتماعى وترتبط وظيفيا بالاحداث السابقة (المقدمات) والاحداث اللاحقة (النتائج) سواء كانت هذه الاحداث داخلية أى داخل الشخص نفسه أو خارجية من البيئة.

١ـ الأحداث السابقة أو القَبْلِيَّة ـ المقدمات Antecedents

يرى ميسكيل (١٩٦٨) Mischel أن السلوك يتحدد موقفيا، بمعنى أن سلوكيات معينة يكون من المتوقع أن تحدث فى مواقف معينة، وعلى سبيل المثال فان معظم الناس يقومون بشئون النظافة الشخصية فى الحمام ولا يفعلون ذلك فى الاماكن العامة أوحتى فى اماكن أخرى من المنزل. ونحن نلمس من واقع الحياة أن بعض المقدمات قد تولد ردود فعل إنفعالية أو فيزيولوجية مثل الغضب أو الخوف أو الفرح أو الاحساس بالصداع أو ارتفاع فى ضغط الدم. وتؤثر المقدمات على السلوك اما بزيادة أو نقصان احتمال حدوثه. وعلى سبيل المثال نجد أن الطفل يسلك فى المدرسة سلوكا غير الذى يسلكه فى البيت.

أن الأحداث التى تقع قبل السلوك مباشرة يكون لها تأثير على هذا السلوك الذى نشاهده أو سلوك المشكلة ـ كذلك فان مثل هذا التأثير قد يحدث عند احداث ليست قريبة فى زمن وقوعها من السلوك. وهذه الاحداث التى تقع مباشرة قبل سلوك المشكلة تعرف باسم المثيرات أو الأحداث المثيرة (أو المنبهة) Stimulus events وتشتمل على أى حالة خارجية أو داخلية تجعل السلوك يظهر أو لا يظهر أما الأحداث التى تكون بعيدة فى زمن وقوعها عن السلوك فإنها تعرف باسم الأحداث المهيئة Setting events وتشتمل على ظروف السلوك التى مر بها الفرد حديثا أو فيما مضى. وقد تكون الأحداث المهيئة قد انتهت قبل وقوع سلوك المشكلة ولكنها مثل الاحداث المثيرة قد تسهل أو تكبح حدوث المشكلة، ومن الاحداث المهيئة التى نأخذها فى الاعتبار عند تقدير المشكلات (تقدير السلوك): العمر، مرحلة النمو، الحالة

الفيزيولوجية للفرد، خصائص العمل الذى يعمل فيه، بيئة المنزل أو المدرسة، وينبغى فى جميع الأحوال أن يجرى التعرف على الأحداث المثيرة والمهيئة وتقديرها لكل فرد على حدة.

وتشتمل الأحداث القبلية (المقدمات) ايضا على أكثر من نوع من الاحداث، فقد تكون مصادرها وجدانية (مشاعر وحالات مزاجية) أو بدنية (أحاسيس فيزيولوجية وجسمية)، أو سلوكية (لفظية، حركية)، معرفية (أفكار، معتقدات، تخيلات، حديث ذاتى)، موقفية (الزمن، المكان والأحداث المصاحبة)، علاقات (وجود أوعدم وجود ناس آخرين).

لو أخذنا على سبيل المثال شخصا ما يعانى من الخوف أو القلق من التواجد فى الاماكن العامة (فيما عدا البيت والعمل)، فقد تكون هناك مجموعة من مصادر الأحداث السابقة أى القبلية والتى تحرك كل جانب من جوانب سلوك المشكلة، مثلا الخوف من فقدان السيطرة والضبط (معرفى ووجدانى) تقريرات سلبية عن الذات أو خطأ فى إدراك الذات والآخرين (معرفيه) والوعى بالاحاسيس والتغيرات البدنية والمرتبطة بالكدر والخوف (بدنية)، البقاء إلى وقت متأخر وعدم تناول بعض الوجبات (سلوكية)، التواجد فى اماكن عامة أو الحاجة لحضور مناسبات عامة (موقفية)، غياب الآخرين ذوى الاهمية مثل الأصدقاء وأفراد الأسرة (علاقات). كذلك هناك مجموعة من المصادر الخاصة بالأحداث القبلية تجعل مكونات قلق العميل أقل توقعا فى الحدوث، فمثلا الشعور بالاسترخاء (وجدانية) والراحة (بدنية) وتناول الطعام بانتظام (سلوكية) ويعتبر الاعتماد على آخرين مثل الاصدقاء وافراد الاسرة (سلوكية) نقص الخوف من الانفصال عن الأسرة (وجدانية)، التقدير الايجابى للذات والآخرين (معرفية)، توقع القدرة على التعامل مع المواقف

(معرفية)، غياب الحاجة للذهاب إلى الاماكن العامة (موقفية) واصطحاب شخص عند الذهاب للاماكن العامة (علاقات).

ومن المهم خلال هذه المرحلة من الارشاد أو العلاج ـ وهى مرحلة تقدير السلوك أو تقدير المشكلة أن نتعرف على مصادر هذه الأحداث القبلية (التى تقع قبل ظهور سلوك المشكلة) والتى يمكن أن تسهل حدوث السلوك المرغوب وكذلك التى لها صلة بالاستجابات غير المناسبة (سلوك المشكلة) ذلك أن المعالج أو المرشد يهمه أساساً أن يختار الطرق الإرشادية أو العلاجية التى من شأنها أن تسهل وتساعد على حدوث الاستجابات المرغوبة وتقلل من ظهور الاستجابات غير المرغوبة.

والخلاصة أنه يهمنا ألا نقصر التركيز على تلك الاحداث الظاهرة فقط أو التى تقع قبل السلوك الذى نهتم به مباشرة وانما يجب أن نأخذ فى الاعتبار الأحداث الداخلية Overt مثل الأفكار والمشاعر كما قد نبعد قليلا أو كثيرا إلى الوراء ويصبح علينا فى بعض الاحيان أن نتعرف على تاريخ نمو الفرد.

٢ـ السلوك Behavior

يشتمل السلوك على الاشياء التى يقوم بها الفرد وكذلك الاشياء التى يفكر فيها. فالسلوك الظاهر overt هو السلوك المرئى أو الذى يكون واضحا للآخرين مثل الكلام، التعبير غير اللفظى (الايماء والابتسام)، والسلوك الحركى (مثل المشى وتناول الطعام والشرب وغيرها) أما السلوك غير الظاهر Covert فيشتمل على الأحداث التى تقع داخل الفرد ولا تلاحظ من خارجه ونحتاج أن نعرفها من العميل نفسه أو أن نستنتجها أحيانا من سلوكه، غير اللفظى. ومن أمثلة هذه الجوانب من السلوك الأفكار والمعتقدات

والتخيلات والمشاعر والأمزجة وأد   ى البدن، وفى الواقع فإن سلوك المشكلة لا يقع فى فراغ وانما نجد أن معظم المشكلات التى يبديها العملاء فى الارشاد أو العلاج أنما تمثل جزءا من سلسلة اكبر من السلوكيات وبالاضافة إلى ذلك فان سلوك المشكلة يشتمل عادة على أكثر من مكون، فالعميل الذى يشكو من قلق أو اكتئاب إنما يستخدم هذا المسمى أو ذاك للتعبير عن خيرة تشتمل على جانب وجدانى (مشاعر وحالات مزاجية) وجانب بدنى (أحاسيس فيزيولوجية) وجانب سلوكى (ما يعمله العميل وما لا يعمله) وجانب معرفى (افكار ومعتقدات وتخيلات واحاديث ذاتية) وبالاضافة إلى ذلك فان خبرة القلق أو الاكتئاب تختلف بالنسبة للعميل تبعا للجوانب الموقفية (الوقت - المكان - والاحداث الجارية) والجوانب الخاصة بالعلاقات مثل وجود أو عدم وجود اناس آخرين - وكل هذه المكونات قد ترتبط أوترتبط بمشكلة معينة. فاذا عدنا إلى العميل الذى عبر عن القلق أو الخوف من التواجد فى الاماكن العامة فقد يبدو أن قلقه أو انشغاله بهذا القلق إنما هو جزء من سلسلة تبدأ بجانب معرفى (عقلى) حيث يفكر الفرد فى افكار تشغله ويتخيل نفسه وحيدا وغير قادر على المواجهة أو الحصول على مساعدة من الأخرين إذا دعت الضرورة لذلك، وهذا الجانب العقلى قد يؤدى إلى ضيق أو تعب بدنى وتوتر والى مشاعر الكدر والفزع. وهذه المكونات الثلاث، العقلية والبدنية والانفعالية تعمل معا لتؤثر على السلوك الظاهر. وفى السنوات الأخيرة كان هذا العميل يتجنب كل الاماكن العامة مثل الاسواق والمسارح فى حين يكون أداؤه على مايرام فى البيت فقط.

هنا يكون من الضرورى أن نحدد الأهمية النسبية لكل جانب من هذه الجوانب المتصلة بالمشكلة التى يعرفها العميل حتى نستيطع أن نحدد طرق الارشاد والعلاج المناسبة.

٣ـ الأحداث اللاحقة ـ النتائج Consequences

يقصد بنتائج السلوك تلك الأحداث التى تعقب السلوك ويكون لها تأثير عليه أو ترتبط به وظيفياً. ويمكن تقسيم النتائج إلى ايجابية وسلبية، فالنتائج الايجابية يمكن أن يشار إليها على أنها مكافآت أو معززات على حين أن النتائج السلبية يمكن أن نطلق عليها عقوبات. ومن شأن النتائج الايجابية (الاحداث المعززة) أن تبقى على السلوك أو تزيده، وهى عادة تقوى السلوك أو تبقى عليه عن طريق "التعزيز الايجابى" والذى يشتمل على تقديم حادث ظاهر أو غير ظاهر بعد السلوك مما يزيد احتمال حدوث السلوك مرة اخرى فى المستقبل. وبصفة عامة فان الناس يميلون إلى تكرار السلوكيات التى ينتج عنها آثار سارة. كذلك يمكن للنتائج الايجابية أن تبقى على السلوك عن طريق التعزيز السلبى وذلك باستبعاد حادث أو مؤثر غير سار نتيجة للسلوك مما يزيد احتمال أن يحدث السلوك ثانية. وبصفة عامة فإن الناس يميلون إلى تكرار السلوكيات التى تخلصهم من الاحداث المضايقة أو المؤلمة. كما أنهم يستخدمو التعزيز السلبى ايضا لتكوين سلوك التجنب والهروب. ويبقى سلوك التجنب عندما ينتج عنه زوال حدث غير سار فمثلا البقاء فى المنزل (سلوك تجنبى) ينتج عنه التخلص من الخوف من التواجد فى الاماكن العامة وبذلك يزداد ميل الشخص الذى لديه مثل هذا الخوف إلى البقاء فى المنزل (تعزيز سلبى). أما النتائج السلبية التى تعقب السلوك (العقاب) فانها تزيل أو تضعف السلوك. فالسلوك ينقص أو يضعف (ولو بشكل مؤقت) إذا اعقبه حدث غير سار (عقاب) أو إذا استبعدنا أو اوقفنا شيئا ايجابيا أو معززاً (العقاب السلبى أو ثمن الخطأ) أو إذا لم يعقب السلوك أحداث معززة (الانطفاء الاجرائى). وعلى الرغم من أن استخدام العقاب لتعديل السلوك له مساوئ عديدة فى الحياة الواقعية مثل الهروب من المنزل والعمل والمدرسة، فان له استخداماته

الواسعة للتأثير على سلوك الاخرين. ويجب أن ينتبه المرشدون والمعالجون إلى تجنب استخدام أى سلوك لفظى أو غير لفظى يكون له وقع عقابى على العميل لان مثل هذا السلوك يؤدى إلى مشكلات لاداعى لها فى العلاقة الارشادية أو العلاجية وقد يؤدى إلى انتهاء الحالة بهروب العميل من موقف العلاج.

وكما ذكرنا فى جانب المقدمات والسلوك فان النتائج أيضا تشتمل على أكثر من مصدر أو نوع من الاحداث منها قد تكون وجدانية أو بدنية أو سلوكية أو معرفية أو موقفية أو خاصة بالعلاقات. وفى حالة الشخص الذى تحدثنا عن خوفه من الاماكن العامة فان تجنبه لهذه الاماكن ومايرتبط بها من مهام يستمر لأنه ينتج عنه خفض مشاعر القلق (وجدانى) والتوتر البدنى (بدنى) والانشغال (معرفى) وقد ينتج ايضا زيادة اهتمامه بالاسرة (علاقات) ونقص التعرض للمضايقات (سلوكى) ومن المهم ألا ننظر إلى كل ما يعقب السلوك على أنه نتائج أو أحداث لاحقة بدون أن نحدد تأثيرها على السلوك من حيث أنها تبقى عليه وتزيده أو تنقصه أو تستبعده.

أساليب تقدير السلوك:

يستخدم المعالج السلوكى مجموعة متنوعة من الاساليب الخاصة بجمع البيانات حول سلوك المشكلة ومن هذه الاساليب المقابلة، واسلوب التسجيل الذاتى، الملاحظة، ومقاييس الشخصية، وتمثيل الأدوار والقياس الفيزيولوجى.

ومن دراسة مسحية قام بها سوان وماكدونالد (١٩٧٨) Swan & MacDonald عن الوسائل المستخدمة فى تقديرات السلوك وشملت ٣٥٣ معالجاً سلوكياً اتضح تدرج هذه الوسائل فى اهميتها من المقابلة التى تعتبر

اكثرها شيوعا (٨٩٪) إلى استخدام الاختبارات الاسقاطية والتى تعتبر اقلها شيوعا (١٠٪) ويوضح جدول رقم (١) هذه النتائج.

جدول رقم (١) أساليب التقدير السلوكى ونسبتها المئوية

أسلوب التقدير	النسبة المئوية
المقابلة مع العميل	٨٩ ٪
الملاحظة الذاتية (التسجيل الذاتى)	٥١ ٪
المقابلة مع اشخاص لهم صلة بالعميل	٤٩ ٪
ملاحظة مباشرة للسلوك المستهدف	٤٠ ٪
معلومات من المتخصصين	٤٠ ٪
تمثيل الادوار	٣٤٪
مقاييس التقرير الذاتى عن السلوك	٢٧ ٪
الاستبانات الديموجرافية	٢٠ ٪
مقاييس الشخصية	٢٠ ٪
الاختبارات الاسقاطية	١٠٪

والسبب الذى يذكره الباحثون فى أن اسلوب المقابلة مع العميل لم يصل إلى ١٠٠٪ فى الاستخدام هو أنه فى حالة الاطفال فان المقابلات كانت تتم مع أحد الوالدين بدلا من الطفل. وعادة فانه بعد مقابلة العميل أو أحد والديه يقوم المعالج بالحصول على بعض البيانات الديموجرافية (الاجتماعية والاقتصادية والزواجية والعلمية.... الخ) ثم يلجأ إلى الحصول على بعض

المعلومات الكمية عن العميل ويمكن أن يتم ذلك بواحدة من أربع طرق أساسية هى (١) التسجيل الذاتى (٢) ملاحظة المشكلة فى البيئة الواقعية (٣) مقاييس الشخصية ومقاييس التقارير الذاتية، (٤) تمثيل الأدوار.

وقد يلجأ المعالج السلوكى كما سبق ذكره إلى تقدير بعض الجوانب الفيزيولوجية. وسوف نتناول فيما يلى بالوصف مجموعة من الاساليب المستخدمة فى تقدير السلوك

أولاً - المقابلة Interview

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى والأساسية التى يستخدمها المرشد والمعالج، بل وكل من يتصدى لعمل يتصل بمساعدة الانسان مما يطلق عليها عادة تخصصات المساعدة helping Professions، فى عملهم سواء فى الحصول على المعلومات أو فى الاجراءات المهنية سواء كانت ارشادية أو علاجية أو غيرها. وهى كذلك تعتبر الوسيلة الأولى التى يعتمد عليها المعالج السلوكى فى عمله.

والمقابلة الارشادية أو العلاجية تعنى لقاء له هدف وله موضوع ويحدد المرشد أو المعالج مكانه وزمانه ويجب أن يتم فى اطار يتناسب مع طبيعة المشكلات التى يتناولها ومن حيث الاجراءات الارشادية أو العلاجية التى يتبعها. وبصفة عامة فان المكان الذى تتم فيه المقابلات يجب أن يتوفر فيه الهدوء والبعد عن الضوضاء والخلو من المغالاة فى الأثاث وكفاية التهوية والاضاءة وملاءمته للاشخاص الذين نعمل معهم (اطفال - كبار - مرضى - معوقين.. الخ) ويجب على المرشد أن يحدد موعداً للمقابلة وأن يكون مستعدا لهذه المقابلة فيتعرف على المعلومات الاساسية حول العميل قبل بدء المقابلة.

ويتوقف نجاح المقابلة على وجود جو من الالفة بين المعالج والعميل، وهذه الألفة يقع على المعالج وما يتمتع به من جوانب شخصية ومهارات فنية مهمة تكوينها. ومما لا شك فيه أن بداية تكوين الالفة تكون مع الاستقبال فى المقابلة الأولى وما يتركه من انطباع لدى العميل (المسترشد).

ومما نود أن ننبه عليه لكل من يتصدى للعمل الارشادى أو العلاجى ـ أن هذا العمل يعتمد إلى حد كبير على مدى صدق المعلومات التى نحصل عليها من الفرد الذى نساعده ارشاديا أو علاجيا وايضا على مدى كفاية هذه المعلومات. واذا لم تتوفر المعلومات المناسبة والصادقة فلن يكون هناك ارشاد أو علاج مناسب وكاف لمواجهة المشكلة. وهذه المعلومات التى لدى العميل يقع كثير منها فى اطار الخصوصية بمعنى أنه لا يمكن ملاحظتها فى البيئة وبصفة خاصة فى جلسات المقابلة وانما نحتاج إلى أن يخبرنا بها الفرد بنفسه الأمر الذى لا يحدث ولن يحدث إلا إذا اطمأن هذا الفرد إلى المعالج وكان لديه من الثقة فيه ما يكفى للكلام عن اشياء قد يعتبرها من اقصى خصوصياته.

ويقدم لنا بيرنشتين وزملاؤه (١٩٧٤) مجموعة من الارشادات التى تساعد على بناء الالفة:

١ـ كن منتبها بصفة خاصة، حاول أن تتبع وصف العميل للمشكلة، شجع على الكلام ولا تكثر أنت من الكلام.

٢ـ كن موضوعيا من الناحية الانفعالية. وعلى حين يبقى المرشد أو المعالج منتبها ومهتما بكل ما يقوله العميل فان عليه أن يحاول الابقاء على قيمة ومبادئه بعيدا عن التأثير على العميل وبصفة خاصة اثناء المقابلات الأولى ـ كذلك يجب ألا يصدر المعالج أحكاما

لان العميل إذا اعتقد أن المعالج لا يوافق على ما يقوله فلن يتكلم بصراحة.

٣ـ كن منصتا ومتجاوبا: حاول أن تفهم المشكلة من وجة نظر العميل، ودعه يدرك أنك تفهمه باستخدام بعض الفنيات مثل الترجيح أو اعادة صياغة المشاعر والأفكار التى عبر عنها.

٤ـ وضح تماما أن العلاقة الارشادية تتمتع بالسرية، اذ ينبغى أن يعرف العميل أن المعلومات التى ينقلها إلى المعالج لن تناقش مع أى شخص آخر.

وعند مقابلة العميل لأول مرة فان على المعالج أن يعمل على تخفيف القلق الذى يشعر به العميل ويمكن أن يتم ذلك بان يبدأ المعالج بتوجيه اسئلة بسيطة حول بعض المعلومات الاجتماعية مثل السن والمستوى الدراسى وعدد الاخوة وصناعة الوالد ثم يتدرج المعالج بعد ذلك حتى يركز بشكل مباشر على موضوع المشكلة مثل:

أ ـ متى بدأت المشكلة

ب ـ مدى تكرار حدوث المشكلة

جـ ـ متى تحدث المشكلة وفى أى المواقف تحدث؟

د ـ ماذا يحدث قبل وبعد حدوث المشكلة؟

هـ ـ ما الذى يفكر فيه العميل فى الوقت الذى تحدث فيه المشكلة؟

و ـ ماذا تم نحو تغيير السلوك المُشكل حتى الآن؟

وبعد الحصول على معلومات مفصلة عن الأبعاد الخاصة بالمشكلات المعروضة فان على المعالج أن يركز على جوانب القوة التى لدى العميل، إذ أن التركيز على الجوانب الايجابية يساعد المعالج على تكوين نهاية ناجحة

للمقابلة الأولى حيث يمكن للعميل أن يغادر الجلسة وهو أكثر تفاؤلا. كذلك فان مناقشة جوانب القوة لدى العملاء يعتبر خطوة هامة نحو زيادة الثقة بانفسهم وهو هدف علاجى هام.

وقبل أن نختتم الحديث عن المقابلة كأسلوب من أساليب تقدير السلوك نورد فيما يلى بعض الاستجابات اللفظية التى يمكن أن يقوم بها المعالج والتى تساعد على زيادة التواصل والثقة والألفة بينه وبين العميل مما يساعد على التعرف على المشكلة بشكل أفضل وكذلك تمهد لنجاح الاجراءات العلاجية وفى نفس الوقت تساعد على النمو الشخصى للعميل فى الاتجاه الصحيح.

١- **الحد الادنى من الاستجابة:** وهى استجابات بسيطة نستخدمها جميعا سواء فى الاحاديث المباشرة أو المكالمات التليفونية والتى تساعد على تطمين من نتحدث معه اننا منتبهون لما يقول ومنصتون وفى نفس الوقت نشجعه على الاستمرار ومن مثل هذه الكلمات (هاه)، (نعم)، (أيوه) "فاهم "زين" "كويس" "ماشى" "انا متابعك استمر"، "وبعدين"......

٢- **إعادة الصياغة:** حيث يقوم المعالج باعادة صياغة بعض الجمل التى يقولها العميل ولكن فى كلمات مختلفة مثل:

العميل: أنا متضايق اليوم.

المعالج: أفهم من كلامك أنه حدثت اشياء ضايقتك اليوم

٣- **سبر الغور:** (الاستزادة) وهى محاولة من جانب المعالج للحصول على معلومات أكثر حول شئ ما، ويمكن أن يستخدم المعالج عبارات متنوعة لهذا الغرض مثل:

أرجو أن تحدثنى أكثر عن هذا الموضوع.

أو: دعنا نتحدث بعض الشئ عن هذا الموضوع.

أو: أنا فى الحقيقة محتاج أن أعرف أكثر حول هذه النقطة.

واستخدام المرشد أو المعالج لهذه العبارات أفضل من أن يستخدم أدوات استفهام مثل ماذا، كيف؟، لماذا؟، اين؟، متى؟، من؟، كم؟ الخ...

٤- **الانعكاس:** يشير الانعكاس Reflection إلى توصيل أونقل تفهمنا ومشاركتنا للعميل ومشغولياته (مشكلاته) إلى العميل نفسه. ويمكن أن يتم بشكل لفظى أوفى اشارات غير لفظيه (بتعبيرات الوجه مثلا) ويمكن أن نقول على سبيل المثال "معنى ذلك أنك كنت متضايقا لمقابلتك لهذا الشخص..

"يبدو لى انك كنت غاضبا من والدك فى هذا الموقف..."

"يبدو لى أن هذا المدرس كان يعاملك بطريقة ترتاح اليها..."

٥- **الاستيضاح:** يساعد هذا الاسلوب على محاولة فهم عبارة قالها العميل، وعادة يكون ذلك فى صورة مثل

"انا لم أفهم تماما ماتقول..."

"انى فى الواقع محتاج لمزيد من التوضيح..."

"هل يمكن أن تعيد علىّ ما قلته مرة أخرى من فضلك؟..

"يبدو لى أنك كنت تقول..،. ... ...

٦- **التمحيص:** ويكون ذلك عندما يختلط على المعالج تصرف أو كلام قاله العميل. ويتم ذلك فى صورة مثل:

"يبدو لى انك فى هذه المرة غير مرتاح... هل يمكننا أن نتحدث حول هذا؟.."

"يبدو لى كما لو أن ......"

ويطلب المعالج من العميل أن يبدى رأيه فيما إذا كان حدس المرشد صحيحاً أوأن يصحح له ادراكه أو فهمه لهذا الموقف.

٧- **التفسير:** يحدث التفسير عندما يضيف المعالج شيئا إلى ماقاله العميل، وعندما يساعد هذا المعالج العميل على تفهم مشاعره وعلاقة هذه المشاعر بما قاله العميل.

٨- **المواجهة:** تتضمن المواجهة إرجاعا صادقاً من المعالج إلى العميل حول مايعتقده المعالج حادثا بالنسبة للعميل.

"أشعر انك لاتريد الكلام حول هذا الموضوع"

"رغم انك تقول انك غاضب وزعلان فأنا أرى ابتسامة على وجهك"

"مع انك قد رسبت فى اللغة الانجليزية فانى المس من كلامك انك لازلت بعد لم تبدأ فى استذكار هذه المادة بشكل جاد"

٩- **اعطاء المعلومات:** يحدث ذلك عندما نزود العميل بمعلومات وحقائق حول أمر مامثل إعطائه معلومات عن جامعة أو عن برنامج دراسى أو عن عمل معين. واعطاء المعلومات يختلف عن النصح، فالنصح قد يتضمن جانباً شخصياً يوجه به المعالج العميل نحو وجهة ما وقد يكون النصح مطلوباً إذا لم يصاحبه تأثير كبير من جانب المعالج.. أما المعلومات فهى تتسم بجانب الموضوعية ولايدخل فيها التأثير الشخصى للمعالج.

١٠- **التلخيص:** يحاول المعالج من خلال التلخيص أن يؤلف بين ماتبادله مع العميل من كلام وجوانب عقلية ووجدانية أى عملية الربط الموضوعى بينها. ويعتبر التلخيص ذا أهمية فى نهاية الجلسات العلاجية (المقابلات) وكذلك فى بدايتها. ويستخدم فيه عبارات مثل.

"دعنا الآن نلخص مادار بيننا فى هذه الجلسة، لقد فهمت أن مشكلتك هى.....

"اظن اننا فى المرة السابقة كنا قد اتفقنا على أن نتناول مشكلة....

نعود مرة أخرى إلى التأكيد على أن المقابلة هى العصب الرئيسى للعمل الارشادى والعلاجى أيا كانت النظرية التى يتبعها المعالج أو المرشد، وهى كذلك بالنسبة للعلاج السلوكى. ومن هنا يجب أن يعطيها المعالج أو المرشد الذى يستخدم العلاج السلوكى فى عمله جل اهتمامه لتحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح.

ثانياً - التسجيل الذاتى: (الملاحظة الذاتية)

يعتبر التسجيل الذاتى من أقدم الأساليب المستخدمة فى الحصول على المعلومات، وقد استخدم كثيرون هذا الأسلوب لمراقبة سلوكهم الشخصى وتسجيله فى مذكرات ثم استخدام هذه المعلومات التى دونوها فى تعديل سلوكهم. ومن ذلك ماذكره العالم النفسى الشهير سكنر Skinner عن كيف بدأ فى تسجيل سلوكه فى الكتابه عن طريق الاحتفاظ بلوحة بيانيه يسجل عليها نشاطه اليومى.

وقد ازداد استخدام اسلوب التسجيل الذاتى فى مجال العلاج السلوكى فى السنوات الأخيرة لعدة اسباب منها.

١- تطور اساليب الضبط النفسى واستخدامها بشكل أوسع فى العلاج السلوكى واعتمادها الاساسى على التقدير الذاتى.

٢- إن استخدام ملاحظين (مراقبين) بتسجيل سلوك العميل فى مواقف طبيعية قد يمثل انتهاكا لخصوصيته بالإضافة إلى أنه اسلوب مكلف وغير عملى فى بعض الأحيان.

٣- يسمح التسجيل الذاتى بتقدير بعض السلوكيات غير المتكررة الوقوع ولكنها ذات اهمية فى العلاج مثل حالات الصداع، وهذه الحالات لايمكن للآخرين ملاحظتها.

وتستخدم فى الوقت الحالى عدة وسائل للتسجيل الذاتى، ابتداءً من مفكرة جيب صغيرة أو استخدام اللوحات البيانية إلى استخدام وسائل الكترونية يسجل بها العميل سلوكه. وفيما يلى نموذج لما عرضه أحد الطلاب حول مشاعر القلق لديه.

	الأحداث السابقة	المشاعر	الأحداث اللاحقة
السبت	طلب منى المدرس قراءة قطعة فى كتاب المطالعة	أحسست بضربات قلبى تشتد	جلست فى حالة ضيق شديد
الأحد	علمت أن هناك حفل فى المدرسة فى المساء	أحسست بالخوف الشديد وذهبت للمشرف عن الحفل للاعتذر	بقيت فى البيت ولكننى كنت ايضا متضايقا
الاثنين	حضر بعض الضيوف لزيارتنا	لم أجلس معهم إلا برهة قصيرة	دخلت غرفتى وشعرت بالضيق

ثالثاً - الملاحظة فى بيئة واقعية Observation In Vivo

تعتبر الملاحظة من الاساليب الهامة فى مجال العلاج السلوكى وبصفة خاصة فى العمل الذى يقوم به المرشدون فى المدارس، والقائمين على تعديل

السلوك فى معاهد التربية الخاصة والمؤسسات الخاصة بالاطفال وكذلك فى المستشفيات. ونقصد بالملاحظة فى بيئة واقعية أى ملاحظة السلوك كما يحدث فى البيئة التى يقضى فيها العميل معظم أوقاته والتى يحدث فيها السلوك موضوع التعديل - أى سلوك المشكلة.

وقد وجه بيجو Bijou (١٩٦٥) الأنظار إلى أهمية التسجيل الدقيق لسلوك الاطفال فى المنزل والمدرسة وحث الباحثين على استخدام تكرارات السلوك الذى يشاهد فى بيئة المنزل أو المدرسة كبيانات عن المتغيرات التى يدرسونها.

وهناك نوع من الملاحظة يعرف باسم الملاحظة بالمشاركة، حيث يقوم الشخص الذى يلاحظ السلوك بالاشتراك فى الانشطة التى يقوم بها من يلاحظهم كأن يشترك المرشد أو المعالج مع العملاء فى حفل أو فى رحلة فى الوقت الذى يلاحظ فيه سلوكهم دون ظهوره بذلك، والهدف من مثل هذا الاسلوب هو عدم لجوء العميل إلى تعديل سلوكه أو تشكيله بما يناسب السلوك المرغوب فى مثل هذه المواقف أو أن يحجم عن السلوك. وعلى سبيل المثال يمكن للمرشد أو المعالج أن يلاحظ سلوك أحد الطلاب اثناء اشتراكه فى الالعاب والمباريات ليتعرف عما إذا كان يبدو منه تصرفات عدوانية.

ويجب أن يهتم القائم بمراقبة السلوك وتسجيله بالسلوك موضوع الدراسة ويركز عليه وفى مواقف مختلفة تمثل المواقف التى يمكن أن يظهر فيها هذا السلوك. ومن المفضل أن يصف المراقب (الملاحظ) الموقف ثم بعد ذلك يصف السلوك. وفى كثير من الأحيان نلجأ إلى استخدام قوائم للمشكلات تكون معدة خصيصا للتعرف على سلوك ما أو على عدد من السلوكيات ومن

امثلة القوائم التى تستخدم قائمة مونى للمشكلات وكذلك بطاقات المشكلات المدرسية، ومقياس السلوك التكيفى.

وقد أعد المؤلف الأول بالاشتراك مع عبدالغفار الدماطى بطاقة للمشكلات المدرسية، وكذلك صورة عربية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى، وقائمة كواى للمشكلات. كما أعد المؤلف الثانى قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال كما أعد القريطى وجرار قائمة بيركس للمشكلات، وأعد على خضر قائمة للمشكلات الطلابية وهى كلها أدوات يمكن استخدامها فى الملاحظة.

رابعاً ـ التقارير الذاتية ومقاييس الشخصية:

على الرغم من أن اختبارات ومقاييس الشخصية قد بدأ استخدامها منذ أكثر من نصف قرن إلا أن المعالجين السلوكيين لايقبلون كثيرا على استخدامها. وكما يتضح من الدراسة التى قام بها سوان ومالكدونالد فان استخدام هذه الاختبارات يصل إلى ٢٠٪ فقط (انظر جدول رقم ١) .

ومن بين المقاييس التى شاع استخدامها مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه MMPI وهو يستخدم بكثرة فى تصنيف المرضى إلى مجموعات تشخيصية مثل الفصام، الاكتئاب الاستجابى، الشخصية السيكوباتية وغيرها، واختبار تيلور للقلق الظاهر MAS والذى يستخدم لتحديد مستوى القلق لدى الراشدين وهو مشتق من مقياس مينسوتا، مقياس بيك للحالة المزاجية والذى يستخدم فى تشخيص الاكتئاب. وهذه الاختبارات تقيس سمات حيث يطلب من العميل أن يحدد ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه من عدمه.

وفى الواقع فإن المعالجين السلوكيين لايعارضون استخدام مثل هذه المقاييس وانما على العكس من ذلك يشجعونها. غير أن هذا لايعنى أن

هؤلاء المعالجين يوافقون على نظرية السمات. بل نجد أن بعض كبار السلوكيين مثل هانز أيزنيك قد أوصوا وألفوا اختبارات للشخصية كوسيلة لوضع الشخص فى بعد معين من أبعاد الشخصية (أيزنك وأيزنك ١٩٧٦ Eysenck & Eysenck) وفيما يلى قائمة تضم بعض اختبارات الشخصية المعدة باللغة العربية

١- قائمة برونرويتر للشخصية د. محمد عثمان نجاتى

٢- قائمة بيل للتوافق د. محمد عثمان نجاتى

٣- مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية

د. محمد عماد الدين اسماعيل، د. لويس كامل مليكة

٤- مقياس تقدير الذات (يقيس قلق السمة والحالة)

إعداد د. احمد عبدالخالق عن مقياس سبيلبرجر

٥- مقياس الاتجاه نحو الامتحانات (قلق الامتحانات) وضع سبيلبيرجر

اعداد المؤلف الأول مع د. ماهر الهوارى

٦- مقياس الشعور بالوحدة -جامعة كاليفورنيا

اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

٧- مقياس تبادل العلاقات الاجتماعية

اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

٨- قائمة مسح المخاوف وضع جوزيف وولبيه اعداد د. احمد عبدالخالق

٩- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى

اعداد المؤلف الأول مع د. عبدالغفار عبد الدماطى

١٠- قائمة المشكلات المدرسية اعداد ناجيى

اعداد المؤلف الاول مع د. عبدالغفار الدماطى

١١- مقياس تقدير الذات وضع كوبرسميث

اعداد المؤلف الاول مع د. عبدالغفار الدماطى

١٢- قائمة أيزنك للشخصية (للشباب والكبار) وضع أيزنك

اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

١٣- قائمة بيك للحالة المزاجية وضع آرون بيك

اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

١٤- مقياس التوافق الطلاب الجامعة وضعه بيكر

اعداد المؤلف الأول مع د. على بدارى

١٥- مقياس السلوك التكيفى (الجمعية الامريكية للضعف العقلى)

اعداد د. فاروق صادق

١٦- قائمة بيركس للمشكلات اعداد يوسف القريوتى، جرار

١٧- مقياس الارشاد النفسى (جامعة مينسوتا)

اعداد عماد اسماعيل، سيد عبدالحميد مرسى

١٨- مقياس المساندة الاجتماعية (ساراسون)

اعداد المؤلف الأول مع د. سامى أبوبيه

١٩- مقياس مفهوم الذات المتعدد الابعاد (مارش)

اعداد المؤلف الأول مع د. على ماهر خطاب

٢٠- مقياس التفضيل المهنى (هولاند) اعداد المؤلف الاول

٢١- قائمة الضغوط النفسية اعداد المؤلف الاول

٢٢- مقياس القيم المهنية (ناب) اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

٢٣- مقياس الميول المهنية (ناب) اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

٢٤- مقياس الشخصية الاسقاطى (كاهن)

اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

٢٥- قائمة انشطة وقت الفراغ وضع المؤلف الأول مع د. ابراهيم وجيه محمود

٢٦- قائمة الحالة الوجدانية (لوبين ونركرمان)

اعداد المؤلف الأول مع د. ابراهيم وجيه محمود

٢٧- مقياس حالة الغضب المتعدد (سيجل)

اعداد المؤلف الأول مع د. عبدالغفار الدماطى

٢٨- مقياس الخجل (ق. أ) وضع المؤلف الأول

٢٩- بطاقة الحالة الصحية وضع المؤلف الأول

٣٠- مقياس الاستقلال النفسى عن الاسرة وضع المؤلفين

٣١- مقياس المهارات الاجتماعية وضع المؤلف الثانى

٣٢- مقياس موضوعى لأساليب مواجهة أزمة الهوية (عن أدمز)

وضع المؤلف الثانى

٣٣-مقياس الاتجاهات الدراسية وعادات الاستذكار وضع المؤلف الثانى

٣٤- مقياس المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء

وضع المؤلفير

٣٥- مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد وضع المؤلف الثانى

---

* لمزيد من المعلومات حول هذه المقايس راجع:

- محمد محروس الشناوى: العملية الارشادية دار غريب للطباعة والنشر ١٩٩٤
- محمد محروس الشناوى، ومحمد السيد عبدالرحمن: المساندة الاجتماعية والصحة النفسية الانجلو المصرية ١٩٩٤
- محمد السيد عبدالرحمن: دراسات فى الصحة النفسية. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٧

٣٦- مقياس الحاجات النفسية (عن موراى)

وضع المؤلف الثانى مع سامى هاشم

٣٧- مقياس التوجه لمساعدة الاخرين وضع المؤلفين

خامساً - تمثيل الأدوار Role Playing

يعود إدخال هذا الاسلوب فى مجال العلاج النفسى إلى الطبيب النفسى مورينو Moreno الذى ادخل اسلوب السيكودراما والذى يتبع فى العلاج الجمعى إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٥ حيث يقوم المرض بتمثيل أدوار من واقع خبراتهم وذلك تحت اشراف المعالج.

ويستخدم المعالج اسلوب تمثيل الأدوار فى موقف العلاج الفردى كسلسلة من التجارب البسيطة يحاول فيها أن يُعرض العميل لمواجهات ترتبط بمشكلته التى جاء بها. وعادة فان المعالج السلوكى يلجأ إلى استخدام هذا الأسلوب لتقدير المشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية وايضا تمثيل الادوار كاسلوب علاجى وفى هذه الطريقة يقوم المعالج بدور الشخص الذى يعانى العميل من مشكلة فى علاقتة معه (مثلا دور المدرس أو الوالد أو أحد الاخوة أوزميل فى الدراسة... الخ)

٦- القياس الفيزيولوجى: Physiological Measurement

ازداد الاهتمام باستخدام القياس الفيزيولوجى كاسلوب لتقدير السلوك فى السنوات الأخيرة وتتوفر فى الوقت الحالى اجهزة لقياس استجابات الجلد ونشاط العضلات وتخطيط نشاط المخ. وضربات القلب وضغط الدم وغيرها كثير. لكن لازال وجود هذه الأجهزة فى عيادات العلاج السلوكى قليل نسبيا وذلك لارتفاع تكاليف هذه الاجهزة. وتساعد هذه الاجهزة على قياس بعض الاستجابات الانفعالية مثل القلق والخوف سواء قبل العلاج أوبعده.

خاتمة:

عرضنا فى هذا الفصل لجانب هام من جوانب العلاج السلوكى وهو تقدير السلوك، وعرضنا لأحد النماذج الشائعة فى التقدير والذى يعتمد على قياس الأحداث التى تقع قبل السلوك، والسلوك نفسه وكذلك الأحداث التى بعد السلوك والعلاقات بينها على مجموعة من الابعاد البدنية والعقلية والانفعالية والسلوكية والشخصية ثم تناولنا الوسائل التى تستخدم فى تقدير السلوك وفى مقدمتها المقابلة ثم التسجيل والملاحظة والقياس النفسى وتمثيل الادوار واخيرا القياس الفيزيولوجى والتى لايقتصر اعتماد المعالج السلوكى فى تقديره للسلوك على واحد منها وانما يستخدم أكثر من اسلوب

الفصل الثالث

الاشراط الكلاسيكى
والاساليب العلاجية
القائمة على قواعده

تقع فى حياتنا كثير من ردود الفعل التى ربما لانعرف لها تفسيراً، فقد تدخل على شخص ما فيقابلك بابتسامه تجعلك تشعر بالسرور والارتياح فى حين أنك تدخل على شخص آخر فيطالعك بنظرة تبعث فيك شعورا بالضيق والكدر. كذلك فاننا عندما نشاهد صور الاطعمة فى المجلات أو اعلانات التليفزيون فان لعابنا يسيل لرؤية هذه المناظر، وربما نجد أحد الاشخاص وقد اعتراه الفزع لرؤيته منظر ثعبان على شاشة التليفزيون بل ربما لأن أحدهم نطق بكلمة ثعبان، وقد ينتاب أحد الافراد الذين نجوا منذ فترة قريبة من حادث مروع فزعاً عند رؤية مناظر السيارات...

هذه الاستجابات كالسرور والكدر وسيلان اللعاب والضيق والفزع ليست فى الواقع استجابات للمواقف التى سبقتها مباشرة كالابتسامة وصورة الطعام ومنظر الثعبان أو السيارات، وبشكل طبيعى أوفطرى وانما هى فى الواقع استجابات متعلمه. وربما يرجع السبب فى أن الابتسامة تبعث فينا الاحساس بالسرور والراحة إلى أنه فى وقت ما من حياة الفرد اقترنت هذه الابتسامة كمثير، بمثيرات أخرى تبعث السرور مثل التعبير عن الحب من جانب الوالدين مما يجعل هذا المثير (الابتسامة) فيما بعد تبعث فينا ذلك الإحساس السار كذلك فان مشاهدة منظر الطعام قد اقترن فى وقت سابق مع مذاق الطعام، ومع هذا المذاق يتولد اللعاب ومن ثم فان رؤية الطعام تولد استجابات سيلان اللعاب وهكذا..

أن هذه الامثلة تمثل نوعا من التعلم يطلق عليه الاشراط الكلاسيكى Classical Conditioning أو إشراط المستجيب Respondent Conditionting وهو نموذج للتعلم يقوم على اساس من الابحاث التى قام بها عالم الفيزيولوجيا الشهير إيفان بافلوف Pavlov (١٩٠٢) فى تجاربة الفزيولوجية على الكلاب.

وقد خلص بافلوف من تجاربه إلى القاعدة التالية:

إذا كان من شأن مثير ما، أن يولد فعلا منعكسا (استجابة) لدى الكائن اطلق على هذا المثير "مثير غير مشروط"، وسميت الاستجابة المترتبة عليه "استجابة غير مشروطة" فاذا اقترن مع هذا المثير غير المشروط مثير آخر ليس من طبيعته توليد الاستجابة المذكورة "مثير محايد"، فانه بعد فترة مناسبة من المزاوجة (الاقتران) بين المثيرين "المثير المشروط والمثير المحايد"، يصبح للمثير الجديد الذى اصبح الآن مثيرا مشروطا خاصية توليد الاستجابة التى كان يولدها المثير غير المشروط وذلك بظهوره وحده وتعرف الاستجابة التى يولدها بالاستجابة المشروطة.

وتتلخص تجربة بافلوف الشهيرة على الكلاب فى أنه عندما كان يجرى بعض تجاربه الفيزيولوجية على الجهاز الهضمى لديها، لاحظ أن الكلاب الخاصة بالتجارب تبدأ فى افراز اللعاب بمجرد سماعها لوقع اقدام العامل الذى يتولى تقديم الطعام لها بصفة منتظمة. وبذلك استنتج أن صوت أقدام العامل وهو مثير جديد، وليس له صفة المثير الاصلى وهو الطعام، اصبح يقوم (أى صوت اقدام العامل) مقام الطعام فى استدرار اللعاب لدى الكلاب. وقد فسر بافلوف ذلك بانه يرجع إلى اقتران صوت أقدام العامل مع رائحة الطعام لفترة من الزمن.

وقد استعاض بافلوف فيما بعد عن صوت الاقدام بمثيرات سمعية وبصرية وشمية يمكن التحكم فيها مثل قرع جرس أوصوت فتح الباب أوالضوء. وقد اطلق بافلوف على المثير الأصلى أو الطبيعى وهو الطعام فى هذه الحالة اسم المثير غير الشروط unconditioned Stimulus (UCS) لأنه يؤدى إلى الاستجابة (إفراز اللعاب) دون شروط. كما اطلق على المثير المحايد أو الاصطناعى (مثل قرع الجرس أو الضوء) اسم المثير المشروط

وذلك لأنـه يشـترط لكـى يـؤدى إلـى الاسـتجابة Conditined Stimulus (SC) (افراز اللعاب) أن يقترن لفترة من الزمن مع المثـير غـير المشـروط (المثير الطبيعى) ويوضح شكل (١) هذه العملية.

١- فى البداية:

مثير غير مشروط (طبيعى) الطعام ← استجابة غير مشروطة (اللعاب)

مثير محايد (اصطناعى) صوت الجرس ← لايسيل اللعاب

٢- المزاوجة (الاقتران)

مثير غير مشروط (ucs) الطعام ← استجابة غير مشروطة (اللعاب)

مثير محايد صوت الجرس ← استجابة غير مشروطة (اللعاب)

٣- بعد الإشراط

مثير مشروط (CS) صوت الجرس ← استجابة مشروطة (اللعاب)

شكل رقم (١) يوضح خطوات الاشراط الكلاسيكى

وقد قام واطسون ورواينر (١٩٢٠) Watson & Rayner فـى الولايـات المتحدة الامريكية بتجربة الخوف لـدى الطفل ألـبرت الـذى كـان عمـره أحـد عشر شـهرا حيث تعرفا على أن هذا الطفل يخاف من الأصوات العالية. فقـام الباحثين بتقريب أرنب أبيـض مـن الطفل (ولـم يكـن هـذا الطفـل يخـاف مـن الأرانب البيضـاء)، وكلما حاول الطفـل لمس الأرنـب أطُلق الصـوت العـالى المخيف للطفل (مثير غير مشروط)، وفيما بعد اصبحت رؤية ألبرت للأرنب وحدة (مثير مشروط) دون وجود الصوت العالى يولد فيـه الخـوف (اسـتجابه مشروطة) بل إن الخوف قد امتد إلى اشياء أخرى ذات لون ابيض مثل رؤية سيدة ذات معطف أبيض أو شيخ ذى لحية بيضاء الخ.. (يعـرف هـذا بتعميـم المثير.

وهناك نظريات عديدة لتفسير كيفية حدوث الإشراط الكلاسيكى، ويمكن تلخيصها على النحو التالى (ميكيولاس ١٩٧٤ Mekulas)

"خلال الارتباط بين المثير المشروط والمثير غير المشروط (عملية المزاوجة أو الاقتران) فان المثير المشروط يتيح معلومات عن حدوث المثير غير المشروط. وكلما زاد احتمال أن يقع المثير غير المشروط بعد المثير المشروط كان الاشراط الكلاسيكى (الاستجابى) أقوى وكان احتمال حدوث الاستجابة المشروطة بعد المثير المشروط أكبر. وبعد أن تبدأ الاستجابة المشروطة فى الحدوث، فانها تكافأ (تثاب) أو تعاقب (انظر الاشراط الاجرائى فى الفصل السادس) وهذا بدوره يؤثر فى حدوث الاستجابة وبهذا التصور فان الاستجابة المشروطة تعتبر فى الغالب استجابة يقوم بها الكائن للإعداد للمثير غير المشروط".

ويذكر ميكولاس (١٩٧٨) أنه فى أحد المطاعم كانت الاضواء تخفف (مثير مشروط) ثم يعقبها حدوث صوت مّدوٍ من جهاز تكييف الهواء (استجابة غير مشروطة) نتيجة لما يحتاجه بدء تشغيل الجهاز إلى طاقة عالية. وقد لوحظ أن العاملين فى المطعم يغطون اكتافهم (استجابة مشروطة) بشكل تلقائى عندما تنخفض الأضواء.

وفى الحياة، نجد كثيرا من الاستجابات يمكن تفسيرها على ضوء من نظرية الاشراط الكلاسيكى (الاستجابى) وبصفة خاصة مايرتبط بالوجدان الانفعالى. ولونظرنا إلى كل الأشياء التى تبعث فينا السرور أو الضيق، وكل المواقف التى تولد الحالات الوجدانية مثل الغضب أو القلق أو الاحباط وكيف أن الناس يختلفون عن بعضهم البعض فى هذه الأمور وكذلك كيف يختلفون عن غيرهم فى حضارات مختلفة وأزمنة مختلفة أيضا لتبين لنا أنه على

الرغم من أن بعض هـذه الاستجابات قد تكون فطرية بدرجة كبيرة (مثل الاستجابات للألم البدنى) غير أن معظمها يكتسب بالتعليم وبصفة خاصة عن طريق الاشراط الكلاسيكى.

والاشراط الكلاسيكى يحدث فى البشر فى وجود بيئة لغوية فاذا أخبرك صديق أن زيداً "عدوانى" فربما يرتبط بعض من وجدانك الانفعالى لصفة العدوانية للمجموعة التخيليةأو الذاكرة الخاصة "بزيد" والاشراط الكلاسيكى على النحو الذى عرضناه فى تجارب بافلوف يمثل صورة بسيطة من الاشراط، أما فى واقع الحياة فانه يأخذ صورا أكثر تعقيدا اذ يشتمل على أكثر من مثير مشروط واكثر من استجابة غير مشروطة. ومن هنا نجد شخصا ما لديه مشاعر سالبة بالنسبة للكبار الذين يمثلون سلطة بالنسبة له وذلك تأسيسا على خبرته مع والديه وبعض المدرسين فى المدرسة الابتدائية وربما يمتد ذلك ايضا لرجل الشرطة.

ويمكن القول أن استجابات الشخصية لمواقف معينة فى الوقت الحاضر قد تقوم على اساس من مجموعة مركبة من الخبرات التى قد لايتذكرها فى الوقت الحالى، وربما يكون من الصعب التعرف عليها فى تاريخ الفرد. ونحن نعلم أن العلاج السلوكى يركز على الحاضر دون الماضى ولهذا فهو لايركز على متى، وكيف اكتسب هذا الشخص تلك الاستجابات التى نحاول تعديلها، وانما كل الذى يهمنا هو تحديد استجابات الفرد الراهنة فى مواقف معينة، وان نستخدم معلوماتنا فى الاشراط الكلاسيكى لتغيير الاستجابات غير المرغوبة وهناك بعض العوامل التى تؤثر فى حدوث الاشراط الكلاسيكى وهى: (١) الترتيب الزمنى للمثيرات، (٢) الوقت الذى يمضى بين ظهور المثيرات، (٣) سيطرة أو تغلب الاستجابة. وسوف نتناول كل عامل من هذه العوامل بشئ من التفصيل.

(١) الترتيب الزمنى للمثيرات:

أوضحت التجارب المختلفة أن أفضل اشراط يحدث إذا وقع المثير المشروط قبل المثير غير المشروط (ويعرف ذلك بالاشراط الأمامى) بينما يحدث اقل اشراط - بل ربما لايحدث - إذا وقع المثير المشروط بعد المثير غير المشروط (اشراط تراجعى أو خلفى) ومع ذلك فان الاشراط التراجعى قد يفيد فى بعض الحالات. وعلى سبيل المثال فى معالجة مدمنى الخمر فان المدمن يعطى الدواء الذى يؤدى إلى القئ (المثير الطبيعى أو غير المشروط) قبل تعاطى الخمر (المثير المشروط) كذلك فانه فى بعض الحالات قد يتزامن المثير المشروط مع المثير غير المشروط فى وقت وقوعها.

٢- الوقت الذى يمضى بين ظهور المثيرات:

إذا أخذنا الإشراط الأمامى Forward Conditioning كمثال فان الزمن الذى يمضى بين ظهور المثيرات يقصد به كمية الوقت التى تمضى بين ظهور المثير المشروط وظهور المثير غير المشروط. وبصفة خاصة فان افضل النتائج نحصل عليها إذا كان هذا الوقت فى حدود نصف ثانية. ورغم أنه قد يحدث إشراط مع وجود فترة زمنية اطول (مثلا التقيئ نتيجة التسمم من طعاع قد يقترن بمذاق الطعام (مثير مشروط) رغم أنه حدث قبل بضع ساعات) رغم ذلك فانه فى معظم برامج تعديل السلوك كانت فترة النصف ثانية تعتبر أكثر ملاءمة.

٣- سيطرة (قوة) الاستجابة:

نلاحظ أنه قبل الإشراط يكون لكل من المثير المشروط والمثير غير المشروط القدرة على توليد استجابات. ونادرا مايقوم الناس بحصر الاستجابة الأولية المشروطة لأنها تكون عادة اقل فى الاهمية بالنسبة للاستجابة غير

المشروطة والتى تصبح فيما بعد الاستجابة المشروطة. ويقصد بسيطرة الاستجابة القوى النسبية للاستجابات التى يولدها المثير المشروط والمثير غير المشروط كما يصور ذلك شكل رقم (٢)

مثير شرطى ——————← س١

مثير غير مشروط ——————← استجابة غير مشروطة

والآن، ماذا يحدث عند ازدواج بين المثير المشروط والمثير غير المشروط؟

إذا كانت س١، الاستجابة غير المشروطة متوافقتين، فان كلا المثيرين قد يولدان كلا من الاستجابتين، أما إذا كانت الاستجابتان غير متوافقتين فان عملية الإشراط تتجه نحو كلا المثيرين الذين يولدان الاستجابة السائدة. ولما كانت الاستجابة غير المشروطة هى المسيطرة عادة بالنسبة لـ س١ فإن س١ قد لاتذكر عادة وبذلك نحصل على النتيجة التى عرضناها فى شكل رقم١ أما إذا كانت س١ هى المسيطرة بالنسبة للاستجابة غير المشروطة فان الاشراط قد يمضى فى طريق أخر أى إلى الاشراط التراجعى (الخلفى) الاستجابة من العناصر الحرجة فى الاشراط المضاد كما سيأتى فيما بعد.

تطبيقات الاشراط الكلاسيكى (الاستجابى)

يهتم العلاج السلوكى بطريقة الاشراط الكلاسيكى للعمل على تكوين استجابة جديدة لدى الفرد باستخدام هذا النوع من الاشراط.

وكمثال على تطبيق هذا النوع من الاشراط فى العلاج، نتحدث عن استخدامه فى علاج حالات التبول اللاارادى Enuresis، والذى يعتبر مشكلة تشمل حوالى ١٠٪ من الاطفال الذين وصلوا إلى سن السادسة. وبالاضافة

إلى كونه مشكلة قائمة بذاتها فانه ايضا يترتب عليه مشكلات أخرى مثل القلق والشعور بالذنب. وقد يرجع السبب فى ذلك إلى صغر حجم المثانة أوالى ضعف عضلاتها مما يؤدى إلى كثرة التبول بالنهار وبالليل أيضا. وبذلك فان التدريب الذى يعطى للطفل يشتمل على تعويده من خلال استخدام اسلوب التعزيز (التدعيم) على اطالة الفترة بين مرات ذهابه إلى دورة المياه خلال ساعات النهار والاستيقاظ ليلاً، وفى بعض الحالات قد يرجع التبول اللاارادى إلى القلق الزائد لدى الطفل وربما يؤدى خفض القلق إلى علاج مشكلة التبول اللاارادى لديه. أما أكثر طرق علاج التبول اللاارادى شيوعا فهى استخدام طريقة المرتبة والجرس وهى طريقة يعود الفضل فى استخدامها إلى مورر (١٩٣٨) Mowrer. والفكرة وراء هذه الطريقة هى أن المنبهات (أو المُهْديات Cues) الداخلية للمثانة والعضلات المرتبطة بها تكون ضعيفة جداً لدرجة لاتساعد على استيقاظ الطفل بالليل ليذهب إلى دورة المياه قبل تبليله للفراش. ويستخدم فى العلاج مرتبة خاصة موصلة بدائرة كهربائية (عن كريق بطارية) وتنتهى هذه الدائرة بجرس فإذا نزلت قطرات البول الأولى من الطفل أثناء الليل عملت على توصيل التيار فيحدث صوتا منبها يوقظ الطفل.

والذى يحدث فى هذه العملية هو أن توتر عضلات المثانة (مثير مشروط) يزداد قبل التبول وأن صوت الجرس يعمل كمثير غير مشروط (طبيعى) يوقظ الطفل وبذلك يمتنع نزول المزيد من البول وباقتران المثير المشروط مع المثير غير المشروط فان توتر عضلات المثانة أى المثير المشروط يصبح وحده كافيا لايقاظ الطفل ومنع بلل الفراش. وبهذه الطريقة يتعلم الطفل كيف يستجيب للمُهديات الداخلية التى يستخدمها معظم الناس فى منع البلل الليلى (التبول اللاارادى) وايضا للتحكم بصفة عامة فى التبول. وقد

استخدمت هذه الطريقة بنجاح مع الاطفال وكذلك مع الراشدين (ترنر وتيلور ١٩٧٤). وهناك تفسيرات أخرى لكيفية عمل هذه الطريقة ومنها مايذكره دوليز (١٩٧٧) من أن تعلم الطفل أن يستيقظ إنما هو عملية تجنبيه لصوت الجرس. (انظر التعزيز السلبى)

وقد قام كل من أزرين وسنيد وفوكس (١٩٧٤) بادخال تحسينات على هذه الطريقة باضافة التدريب على ضبط الكف وتعزيز التبول الصحيح، والتدريب على سرعة الاستيقاظ وزيادة أخذ السوائل لزيادة معدل الاستجابة، واسلوب التصحيح الذاتى للأحداث والتدريب على التخلص من التبول. وقد حصل هؤلاء الباحثون على نتائج مشجعة للغاية نتيجة لهذا التدريب المكثف وفى وقت قياسى (ليلة واحدة)

ومن الامثلة التى أوردها ايفرون (١٩٥٧) على استخدام الاشراط الكلاسيكى (الاستجابى) فى العلاج، ماقام به فى علاج فتاه تعانى من نوبات صرعية Epilepsy فمن المعروف أن معظم الذين يعانون من حالات الصرع المعروفة بالنوبات الكبرى Grand Mal تحدث لهم مجموعة من العلامات قبل حدوث النوبة مباشرة وهذه العلامات تعرف بالفَوْحَة Aura حيث يمكن تمييز سماع بعض الاصوات أو رؤية لون معين أوشم رائحة معينة.وقد وجد أيفرون أن مريضته تستطيع أن تمنع النوبة بشم رائحة الياسمين خلال المرحلة الأولى للفوحة فقام باحداث عملية إشراط استجابى بين شم الياسمين وبين رؤية زهرية واستطاعت هذه المريضة أن تكف (توقف) النوبات عن طريق التحديق فى زهرية ثم استطاع بعد ذلك أن يساعدها على أن تمنع النوبات من خلال الاشراط بمجرد التفكير فى الزهرية، وقد تمكن عن طريق هذا الاسلوب أن يوقف نوبات الصرع لدى هذه المريضة تماما وشفيت

المريضة. ألا أن تعميم مثل هذه الطريقة في علاج حالات الصرع يحتاج إلى مزيد من الدراسات.

وبالاضافة إلى المواقف التى نحتاج فيها إلى تكوين (اكساب) استجابات جديدة للأفراد كتلك التى ذكرناها، فان هناك مواقف تحتاج إلى أن نغير أو نزيل سلوكا غير مرغوب ويتعامل الاشراط الاستجابى باسلوبين علاجيين للتعامل مع السلوكيات غير المرغوبة وهما: الانطفاء، والاشراط المضاد. وسوف نتحدث عنهما ثم عن التطبيق العلاجى لهما.

أولا: الأنطفاء Extinction

يحدث الاشراط الاستجابى نتيجة تكوين علاقة اقتران بين مثير مشروط ومثير غير مشروط ويترتب عليه أن ينشأ ارتباط بين المثير المشروط والاستجابة المشروطة. وفى المعتاد فان ظهور المثير المشروط كان يعقبه ظهور المثير غير المشروط وبذلك فان ظهور المثير المشروط ينبئنا إلى درجة معينة ببدء حدوث المثير غير المشروط. فاذا انهينا علاقة الاقتران بحيث لايقترن المثير المشروط مع المثير غير المشروط فانه قد يحدث أن المثير المشروط لايولد الاستجابة المشروطة وتعرف هذه العملية بالانطفاء Extinction، وعلى سبيل المثال إذا حدث وان خدشت قطة طفلا صغيرا. حيث يكون الخدش هو المثير غير المشروط الذى يولد الألم والقطة هى المثير المشروط. وترتب على ذلك أذى للطفل (آلم) والذى يمثل الاستجابة غير المشروطة فان الطفل قد ينمى الخوف (استجابة مشروطة) من القطط. وفيما بعد إذا واجه هذا الطفل القطط دون أن يناله منها اذى فان الخوف قد ينطفئ لديه. وفى بعض الاحيان يحدث بعد الانطفاء أن تكتسب الاستجابة المشروطة قوة مع الزمن وتعود من جديد ويعرف هذا بالاسترجاع

التلقائى Spontaneous Recovery، غير أن ذلك نادرا مايحدث فى المواقف العملية فانه مع زيادة الانطفاء فان الاستجابة المشروطة لايتوقع ظهورها بعد ذلك.

ويوجد اسلوبان لاستخدام الانطفاء: اسلوب تدريجى، اسلوب غير تدريجى. وفى الاسلوب التدريجى يكون التحرك خلال تتابع (سلسلة) من الخطوات تعرف بالمدرج Hierachy نحو شيئ أو موقف يولد أقوى استجابة مشروطة. أما فى الاسلوب الثانى غير التدريجى فاننا نتجاوز الخطوات الوسيطة ونواجه الموقف النهائى مباشرة (ويمكن النظر اليهما فى الواقع على انهما طريقة واحدة لها طرفان، وتختلف عدد الخطوات فى المسافة بين البداية والنهاية)وعلى سبيل المثال، إذا كان لدينا طفل يجلس على الشاطئ ويخاف من الاقتراب من الماء كما يفعل باقى الاطفال، فان الاسلوب التدريجى يشتمل على تقريبة من الماء بالتدريج. ففى البداية تجعله يلعب مثلا على بعد خمسة أمتار من الشاطئ ثم بعد ذلك على بعد مترين ثم على حافة الماء ثم يوضع قدمه فى الماء هكذا. أما فى الطريقة الثانية غير التدريجية فان الطفل قد يحمل ويوضع فى الماء حتى ينطفئ الخوف.

ورغم أن الانطفاء يمكن أن يستخدم مع أى استجابة مشروطة غير أنه أكثر استخداما فى حالات القلق والمخاوف. فهناك كثير من الناس يواجهون بمواقف تولد بعض القلق مثل الوقوف أمام رؤسائهم أو اداء واجب أمام زملاء الصف أو التحدث عن أمر يخصهم شخصيا. وإذا كان الشخص يستطيع أن يقترب من الموقف المسبب للقلق ويدخل إليه بدون أن يحدث له نوع من الكدر فان جانبا من القلق سينطفئ حينئذ.

وفيما يلى وصف لبعض الخطوات التى نتبعها فى استخدام الطريقة التدريجية لأطفاء القلق والمخاوف.

أولا: من الضرورة أن نعد مدرجا من الخطوات نحو الشئ أو الموقف المخيف ومن الأفضل بصفة عامة أن يكون لدينا عد اكبر من الخطوات عن أن يكون لدينا عدد محدود منها.

ثانيا: من المرغوب فيه أن نشجع أو نحفز أونكافئ الشخص على المضى مع الخطوات التى يشتمل عليها المدرج خطوة خطوة، ويكون سير الشخص مع المدرج على مسافات مناسبة ومريحة له وأن يتم اطفاء القلق عند كل خطوة قبل الانتقال إلى الخطوة التالية.

ثالثا: وأخيراً فمن المفيد فى الغالب أن نزود الفرد بطريقة للقضاء على القلق بينما يحدث كل ذلك. وربما يتم ذلك من خلال تعليم الشخص كيف يسترخى Relay Relax أو نجعله يتخيل مناظر سارة أو أن يكون هناك شخص موجوداً لايثير القلق فى الموقف. وهذه الوسائل بالإضافة إلى مكافأت (إثابات) يتلقاها الشخص تساعد على خفض القلق وتوفر الدافعية وتنتج بعض الاشراط المضاد على النحو الذى سنناقشة فيما بعد، كذلك فمن الممكن أن نساعد العميل على المرور بخطوات المدرج أولا بطريقة تخيلية ثم فيما بعد يمر بها فى الواقع in vivo.

أما الطريقة غير التدريجية فى اطفاء المخاوف فانها تعتمد على مواجهة الموقف المخيف بشكل مباشر فاذا كان الطفل على سبيل المثال يتعلم ركوب الدراجة فيسقط ويؤذى نفسه فان والده ربما يجعله يركب الدراجة مرة ثانية ويحاول من جديد، واذا كان الطالب يخاف من الاجابة على الاسئلة أمام زملائه فقد يقف مرة تلو المرة ليجيب على الاسئلة. ومعنى هذا أن الفرد فى كلا الحالتين يواجه نفس الموقف حتى يتخلص من الخوف.

ويفضل كثير من المعالجين استخدام طريقة المواقف المتدرجة حيث أن عدم التدرج فى مواجة المثيرات قد ينتج عنه زيادة القلق والمخاوف لدى البعض بدلا من تخفيفها. وهناك طريقة تعتمد على غمر الفرد بالمثيراث التى تولد لديه الخوف فى جلسات أمنة، والابقاء عليه فى الموقف المخيف دون السماح له بالهرب وتعرف هذه الطريقة بالغمر Flooding وسوف نعود إلى مناقشتها فيما بعد.

وفى الواقع فان كثيراً من اساليب العلاج السلوكى يمكن أن يستخدم إلى حدما من خلال عملية التخيل Imaginary . وبذلك فانه يمكن استخدام الانطفاء بالتخيل ويعرف فى هذه الحالة بالانطفاء الضمنى أو المستور Covert Extinction ولازالت البحوث قليلة فى هذا الصدد وقد وصف جوتستام وميلين نموذجا لاستخدام اسلوب الانطفاء الضمنى، حيث استخدم الباحثان هذا الاسلوب مع أربع حالات من مدمنى المخدرات كانوا يدمنون المواد المنشطة (الامفيتامينات) حيث جعل الباحثان هؤلاء المدمنين يتخيلون انهم حقنوا انفسهم بالمخدر وكذلك أنهم لم يحصلوا على أى تأثير منه. وبعد مضى أسبوع من هذا العلاج والذى اشتمل على تكرار المحاولات (التخيل) حوالى مائه مرة لوحظ أن هناك انخفاض فى تأثير المخدر للدرجة التى أصبح معها هؤلاء المرضى لايشعرون باى اثر للمخدر عند تناولهم فعلا له. وقد تبين عند متابعة الحالات بعد تسعة اشهر انهم لم يعودوا يتعاطون المخدر. ويرى ميكولاس (١٩٧٨) أن الانطفاء يدخل فى كثير من انواع العلاج حتى تلك البعيدة عن العلاج السلوكى مثل التحليل النفسى، العلاج بالصرخة الأولية، العلاج المتمركز حول الشخص وهى كلها تشتمل على اتجاه متسامح من جانب المعالج وعدم اصداره أحكاما تقويمية على سلوك

العميل مما يشجعه على الكلام وتفريغ شُحناته الانفعاليــة. وهـى كلهـا تشـتمل إلى حد كبير على انطفاء.

ثانيا: الاشراط المضاد: Counter Conditioning

يقصـد بالاشـراط المضـاد محـاولات خفض الاسـتجابات (السـلوكيات) غير المرغوبة وذلك من خلال تكوين استجابات مضادة للمواقف المثيرة لهـا عـن طريـق اسـتخدام اسـلوب الاشـراط الاسـتجابى. والخطـوة الأولـى فـى الاشراط المضاد هى تحديد المواقف التى تولـد الاسـتجابات غـير المرغوبـة وعلى سبيل المثال نجد أن العناكب (مثير أوموقف) قـد يثـير قلقـا بـالغـا لـدى بعض النـاس (استجابة غير مرغوبة)

والخطوة الثانية تشـتمل علـى تحديـد أو إعـداد اسـاليب لتوليـد اسـتجابة مضـادة (غير متوافقة) للاستجابة غـير المرغوبـة وتكـون أقـوى منهـا. فمثـلا يمكن استخدام بعض انواع الاسترخاء كاستجابة مضـادة لاسـتجابة القلـق مـن وجـود العنـاكب.

أما الخطوة الثالثة والأخيرة فانه يـتم فيهـا اشـراط الاسـتجابة المضـادة (مثلا الاسترخاء) للمثيرات التى تولد الاستجابة غير المرغوبه (العناكب التى تولـد القلـق)، وبمعنـى أخـر فإننـا نقـرن بيـن مثـيرات تولـد الاسـترخاء مـع المثـيرات المتصلـة بالعنـاكب، ويسـتمر الاشـراط المضـاد حتـى تنخفـض الاستجابة غـير المرغوبـة (القلـق). وفـى العـادة فـان العـلاج يسـتمر إلـى أن يختفى القلق تماماً.

ويستخدم الاشراط المضاد بصفة خاصة لخفض الاسـتجابات الانفعاليـة غير المرغوبة مثل القلق والغضب والغيرة. وفى كثـير مـن حـالات المـرض النفس نجد أن القلق يمثل جانبـا اساسيا نحتـاج إلـى التعـامل معـه بشـكل مـن

الاشكال. وقد استحدث أسلوب التخلص المنظم من الحساسية Systematic Desesitizatin كنوع من الاشراط المضاد للقلق باستخدام الاسترخاء العضلى. ويعتبر اختبار الاستجابة المضادة المناسبة أمرا هاما فى الاشراط المضاد، فمثل هذه الاستجابة ينبغى أن تكون أقوى من الاستجابة غير المرغوبة التى نحاول التخلص منها، وربما لايمثل ذلك مشكلة فى بعض العلاجات فعلى سبيل المثال عند استخدام الصدمات الكهربائية (الخفيفة) فى علاج بعض العادات السيئة عند الاطفال (خاصة المتخلفين عقليا) مثل قضم الاظافر إلى درجة إدماء الأصابع أو ضرب الرأس فى الحائط بصورة متكررة فان اثر الصدمات يكون اقوى واكبر من الاحساس الذى يكتسبه الطفل من قضم اظافره. لكن فى بعض الاحيان يصبح أمر قوة أوسيادة الاستجابة المضادة امرا صعب الضمان ولذلك نلجأ إلى اعداد مدرجات كتلك التى تحدثنا عنها فى الاسلوب التدريجى للانطفاء. وبدلا من أن نبدأ الاشراط المضاد مع الموقف الذى يولد الاستجابة غير المرغوبة بأكملها نبدأ بموقف يولد هذه الاستجابة بدرجة خفيفة ثم نتدرج منه إلى مواقف اكبر وهكذا أى اننا نستخدم فى هذه الحالة مدرجا من المثيرات يقربنا بالتدريج من الموقف الذى يولد الاستجابة غير المرغوبة بصورة قوية.

وفى المثال الذى ذكرناه عن القلق (الخوف) من العناكب فان الاشراط المضاد يبدأ بجوانب خفيفة من المدرج مثل كلمة عنكبوت ثم نتدرج إلى موقف أصعب كأن تظهر صورة عنكبوت ثم إلى خطوات أعلى فى المدرج مثل لمس عنكبوت حقيقى وحى.... ولواننا كنا بدأنا مباشرة بالخطوة الأخيرة وهى لمس عنكبوت حى فان القلق الذى يولده العنكبوت فى الشخص يكون عادة اقوى من الاستجابة المضادة التى نستخدمها وهى الاسترخاء. ولكن مع

وجود التدرج نجد أن الاسترخاء يكون أقوى من الموقف الذى بدأنا به وهو كلمة عنكبوت.

ويفترض فى الاشراط المضاد أن أثاره تُعمم (أى تمتد إلى مثيرات مشابهة) صعودا مع المدرج ومن ثم تنخفض بالتدريج قوة الاستجابة غير المرغوبة التى تنشأ عن المواقف المختلفة. وبذلك فإذا كنا بدأنا باشراط مضاد لكلمة عنكبوت فان هذا الاشراط المضاد يحمل صاعدا مع المدرج فينخفض القلق بالنسبة لصورة العنكبوت وكذلك للعنكبوت الحى. وعندما نبدأ فى الاشراط المضاد فى وجود صورة العنكبوت فان الاسترخاء يكون عادة أقوى من أى قلق باق والذى يصبح بوسعنا أن نزيله. وسوف نعود إلى مناقشة هذا الموضوع بشكل تفصيلى عند الحديث عن اسلوب التخلص المنظم من الحساسية. ويعتبر جاثرى (١٩٣٥) Guthrie من أول من تحدثوا عن الجوانب النظرية للاشراط المضاد. وهو يفسر عمل الاشراط المضاد على النحو الذى عرضناه فى مثال القلق من العناكب. وفى عام ١٩٥٨ عرض جوزيف ولبه Wolpe مفهوم الكف المتبادل (الكف بالنقيض Peciprocal Inhibition الذى استعاره من علم وظائف الاعضاء (الفيزيولوجيا Physiology) لتفسير مايحدث فى الأشراط المضاد. وبصفة خاصة فى عملية التخلص المنظم من الحساسية. ويقوم هذا الفرض على أن الاشراط المضاد يعتمد على جانب من الجهاز العصبى يكف عمل الجزء الآخر. فقد يحدث أن يكف الجهاز العصبى الباراسمبثاوى عمل الجهاز السيمبثاوى (الخاص بالانفعالات) غير أن هذا التفسير الذى بناه على اساس فيزيولوجى قد لاقى كثيراً من النقد ولم تؤيده التجارب.

والواقع أنه فى كل من الانطفاء الاستجابى والاشراط المضاد فان العميل يتعرض للمثير المشروط أو لتتابع من تقريبات للمثير المشروط ومن

الناحية الاجرائية فان الفرق بين الطريقتين هو أننا فى الاشراط المضاد نعرض المثيرات أو نقوم بالتدريب الذى يؤدى إلى أن تقترن استجابة مضادة مع المثير المشروط. وهذا التشابه بين الطريقتين قد دعا الباحثين أن يفترضوا انهما طريقة واحدة. ومن هنا فانهم يقولون بان الاشراط المضاد هو ببساطة عملية انطفاء، وان الهدف من الاستجابة المضادة هو تسهيل عملية الانطفاء، ومن ثم يمكن النظر إلى التخلص المنظم من الحساسية على أنه انطفاء أيضاً وان دور الاسترخاء هو أن نعطى للعميل الدافع ليعمل خلال مدرج أو أن يخفض القلق بحيث يكون فى حالة أفضل للانطفاء.

ويؤيد ميكويولاس ما ذهب إليه جاثرى من أن الانطفاء الاستجابى هو اشراط مضاد وذلك بافتراض أن الانطفاء ليس عملية اضعاف سلبى للسلوك وانما هو تعلم استجابات جديدة ربما تكون أيضا مضادة، بينما فى الانطفاء تعتمد على السلوك المضاد الذى يحدث فى الطريق المعاكس، وبذلك فان الاشراط المضاد ربما يكون أكثر فاعلية.

الاسترخاء Relaxation

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وانها تزداد يوما بعد يوم مما يجعلها تمثل حجر الزاوية فى نشوء الامراض والاضطرابات النفسية والعقلية، وبصفة خاصة مع ازدياد التقنية ومطالب الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة فى عالمنا المعاصر. ولهذا فان الاسترخاء يعتبر أمرا مطلوبا فى حد ذاته فى مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أومخاوف أو تشتت وتزاحم فى الأفكار أوأرق، بل وماينتج عن هذه الضغوط من امراض نفسية فيزيولوجية (سيكوسوماتية) مثل قرحة المعدة وامراض القلب بل أن البعض يرجعون مرض السرطان إلى هذه الضغوط ولهذا يحتاج المعالج أن

يستخدم اسلوب الاسترخاء مع مرضاه فى مرحلة مبكرة جداً من العمل معهم. لأنه يعمل على تهدئة العميل ولانه يتبين للمسترشد أن المعالج بوسعه أن يساعده وانه أيضا (أى المسترشد) بوسعه أن يشترك فى مساعدة نفسه. ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعا فى برامج العلاج تلك الطريقة التى طورها جاكوبسون (١٩٣٨) وهى تشتمل على تبادل الشد والأرخاء لعضلات الجسم فى الوقت الذى يركز فيه الفرد انتباهه على المشاعر المختلفة التى يحس بها (مشاعر الاسترخاء) ومع التوجيه والتدريب فان العميل يتعلم كيف يسترخى بنفسه عندما يريد ذلك وبدون حاجة إلى اجراء عملية الشد العضلى فى البداية وانما يدخل إلى الاسترخاء عن طريق ارخاء العضلات مباشرة، ومن ثم فانه يتعلم كيف يتعرف على بداية الضغوط أو القلق مما يسهل أيضا عملية التحكم الذاتى (ضبط النفسى) ويجعل الفرد أكثر وعيا بعضلات جسمه مما يقلل ايضا من مشكلات عدة مثل بعض اللزمات اللاشعورية أوالصداع الناتج عن شد عضلات الرقبة والرأس وغير ذلك.

وهناك اساليب متنوعه للاسترخاء بعضها يُصحب باحاديث ذاتيه من الفرد لنفسه وكذلك يمكن احداث الاسترخاء صناعيا عن طريق استخدام خليط من غازى الاكسجين وثانى اكسيد الكربون يستنشقة الفرد الذى يحتاج إلى الاسترخاء فى موقف العلاج. كذلك فانه يمكن احداث حالة الاسترخاء عن طريق استخدام الأدوية المهدئة لفترة مؤقته من العلاج. ويعتبر الاسترخاء من الاستجابات الاساسية التى تستخدم كاستجابات مضادة للقلق والخوف والغضب فى طريقة التخلص المنظم من الحساسية. كذلك فمن الممكن استخدام الاسترخاء كاسلوب قائم بذاته حيث يساعد على خفض ضغط الدم وعلى التخلص من حالات الأرق. وقد أوضحت البحوث امكانيه استخدام الاسترخاء للتخلص من بعض الاستجابات والسلوكيات غير المرغوبة مثل

حالات الضغط على أوحك الأسنان أثناء النـوم (Bruxism) وحـالات الشـخير وكذلـك فـى حـالات الاختـلالات العصبية العضليـة مثـل حـدوث تقلصـات العضـلات كذلـك يستخدم الاسترخاء فـى عـلاج حـالات سـرعة الانفعـال والاستجابة للاحباط ثم بعد ذلك تعطى الفرصة لحل المشكلة.

وقريب من هذا الاسلوب مانراه فى عاداتنـا الاسـلامية والعربيـة اثنـاء جلسات المصالحات وما يشوبها من غضب من طرف أو من الطرفين حين يطلب أحد الحضور منهم أن يذكروا الله وان يصلوا على الرسول صلى اللـه عليه وسلم فهذه الاسـتجابات لأهميتها عندهم سـرعان مـا تجعـل الانفعـالات تعود إلى مستوى طبيعى وهكذا مما يعطى فرصة لحل المشكلة الأساسية.

الاشراط المضاد للقلق:

يعتبر القلق من المشكلات الأساسية التى يتعامل معهـا المعـالج، فـالقلق يمثل أكثر الانفعالات انتشاراً بين العملاء الذين يحضـرون للعـلاج والارشـاد النفسى. ويعتبر القلق في الواقـع أكثر الانفعـالات النفسـية اسـتجابة للاشـراط المضاد والذى أصبح أسلوباً علاجياً لمواجة القلق. وفـى أغلـب الأحيـان فـإن الاسترخاء يستخدم كاستجابة مضادة لاستجابة القلق وذلك في إطـار أسـلوب علاجى يعرف بالتخلص المنظم من الحساسية. Systematic Desensitization كذلك يمكن للمعالج أن يستخدم استجابات أخرى غير الاسـترخاء كاسـتجابات مضـادة لاستجابة القلـق. ومـن هـذه الاسـتجابات اسـتجابة الضحـك، السـلوك التوكيـدى (توكيد الـذات)، الغضـب، تنـاول الطعـام، والتخيـل الانفعـالى، والتنفيس. وقد يختار المعالج واحدة من تلك الاستجابات ليستخدمها كبديل عن الاسترخاء إذا كان من الصعب على العميل إن يدخل إلـى حالـة الاسـترخاء. ويكون اختيار هذه الاستجابة البديلة من واقع استجابات العميل نفسه.

ويعتبر الضحك من الأساليب الجيدة في تكوين اشراط مضاد للقلق إذا كان الشخص بوسعه أن يتعلم الضحك وهو منفرد بنفسه أو في موقف. وفي البداية قد يكون من الضرورى أن يغير العميل الموقف في تخيله حتى يجعله أكثر ابهاجاً (سروراً). وعلى سبيل المثال إذا أمكننا أن نجعل الأم تتخيل كيف تبدو عندما تقلق أو تغضب فإنها بهذه الطريقة قد تكون اشراطاً مضاداً للقلق. وقد ذكر فينتس (١٩٧٣) Ventis حالة طالبة كانت قلقة من حضور حفل تعلم أن خطيبها السابق سيحضره، وقد تمكن المعالج عن طريق مساعدتها على تخيل موقف مضحك لخطيبها السابق أن يساعدها على الاشراط المضاد للقلق. وبعد جلسة واحدة وتقديم مدرج للمثيرات كانت الفتاة قادرة على حضور الحفل مع أدنى قدر من الضيق.

كذلك فإنه في بعض الحالات يصبح السلوك التوكيدى (توكيد الذات) هو الاستجابة المناسبة لتضاد استجابة القلق ويمكن للمعالج السلوكى أن يستخدمها في أحداث الاشراط المضاد. ذلك أن كثيراً من الناس يكون لديهم قلق في المواقف التى لا يكونون فيها مؤكدين لذواتهم. ويعتبر التدريب على السلوك التوكيدى (انظر الفصل الخامس) جانباً هاماً من جوانب التدريب علىالمهارات الاجتماعية بالإضافة إلى كونه سلوكاً يمكن أن يضاد سلوك القلق.

كذلك فان المعالج السلوكى قد يلجأ فى بعض الاحيان إلى استجابة الغضب كاستجابة مضادة للقلق. وقد استخدم بتلر (١٩٧٥) Butler الغضب للاشراط المضاد لمجموعة متنوعة من المخاوف فى مرضاه بما فى ذلك الخوف من التنقل بعيدا عن البيت لمسافة تزيد على ٥٠٠ متر (نوع من الخوف من الاماكن الواسعه). وقد اشتمل العلاج على جعل المرضى

يتخيلون مشـاهد مثيرة للقلق وانهم يستجيبون لها بـالغضب المشتمل علـى التلفظ واستخدام القوة العضلية.

كذلك فانه في بعض الاحيان يمكـن استخدام الطعـام وتناولـه للاشـراط المضاد للقلق. وقد رأينا أن مـارى كوفر جونـز (١٩٢٤) Jones, M.C. فـى دراسـتها الشـهيرة لازالـه الخـوف مـن أحـد الاطفـال قـد اسـتخدمت الطعـام (الحلـوى) الـذى يفضلـه الطفـل كاسـتجابة بيـن مجموعـة اسـتجابات لاحـداث الاشراط المضاد لدى الطفل الخائف من الارانب. وقد وضعت جونز الأرنب فى داخل قفص فى ركن من الحجرة حيث كان الطفل بيتر (الـذى يبلـغ مـن العمر ثلاث سنوات ويعانى من الخوف من الأرانب) يلعب ويتنـاول الطعـام. وفى كل يوم كانت الباحثة تقرب الأرنب قليلا نحو الطفل (فـى تـدرج) حتـى انتهى العلاج إلى وجود الأرنب خارج القفص وبيتر يلعب معه.

وقد استحدث لازاروس وأبراموينز (١٩٦٢) Lazarus & Abramouitz اسلوب التخيل الانفعالى Imotive Imagery حيث تستخدم التخيلات التى تثير مشاعر مثل الفخر والحب وتأكيد الذات والمرح كاستجابات مضـادة للقلـق. وقد استخدم الباحثان هذا الاسلوب مع طفل يخاف من الظلام وذلك باسـتغلال حبه الشديد لمسلسل اذاعى وقد اشتمل العلاج على جعل الطفل يتخيل نفسـه فى قصة تجمعه فى مواقف مع سوبرمان وكابتن سيلفر حيث يتخيل نفسه فى مواقف يحدث فيها الظلام بالتدريج. وفى نهاية الجلسة الثالثة من العلاج كـان الطفل المذكور قادرا على أن يتخيل نفسه بمفرده فى غرفته وقد أطفئت جميع الأضواء وينتظر أن يتحدث مع سوبرمان. وقد أدى العلاج بهذه الطريقة إلـى استبعاد الخوف من الظلام وأدى كذلك إلى تحسـن الطفل فـى اداء الواجبـات المدرسـية وتقليـل شعـوره بعدم الأمن.

أنواع أخرى من الاشراط المضاد:

أن المنطق الذى يحكم استخدام الاشراط المضاد للقلق باستخدام أسلوب الاسترخاء كاستجابة مضادة له يمكن أن ينطبق أيضا على الإشراط فى علاج انفعالات أخرى مثل الغضب والغيرة والاحباط. وعلى سبيل المثال فقد استخدام ايفانز (١٩٧٢) Evans طريقة التخلص المنظم من الحساسية فى الاشراط المضاد للغضب لدى تلميذات مدرسة التمريض. كما استخدم كوثارين وميكيولاس (١٩٧٥) Cotharin & Mikulas نفس الأسلوب فى أنهاء الانفعالات المرتبطة بالتحيز العنصرى وفى نهاية العلاج أصبح العملاء وهم من الطلاب البيض فى أحدى المدارس الثانوية قادرين على أن يتعاملون فى ود مع الطلاب السود على حين كانوا قبل العلاج يتجنبون الاختلاط بهم ويشعرون بالضيق فى المواقف التى يتعاملون فيها معهم.

كذلك يمكن ايضا استخدام الاستجابات المضادة التى سبق أن ذكرناها وذلك لاحداث الاشراط المضاد للاستجابات الانفعالية غير المرغوبة. وقد وصف سميث (١٩٧٣) Smith حالة استخدم فيها السرور كاستجابة مضادة للغضب. حيث كانت المريضة وهى امرأة فى الثانية والعشرين من عمرها لاتستطيع أن تضبط غضبها تجاه زوجها أوطفلها البالغ من العمر ثلاث سنوات حيث كان الغضب يتولد لدى الأم ازاء أى خطأ ياتى به الابن ويشتمل هذا الغضب الشديد على العلاج وتكسير الأوانى والضرب الشديد للطفل. وقد قام المعالج بتكوين مدرج للمواقف التى تثير غضب الأم ثم حول هذه المواقف إلى صورة مبالغ فيها من اثارة المرح وباستخدام الاشراط المضاد مع هذا المدرج امكن تقليل الغضب الذى تولده هذه المواقف وأمكن مساعدتها على ضبط انفعالاتها وجعلها تنظر إلى المواقف التى كانت تثير غضبها فى شكل موضوعى.

ويمكن القول عامة أنه قد يكون من الممكن أن نكون اشراطاً مضادا لأى استجابة مشروطة غير مرغوبة (مثل القلق والغضب والخوف) وذلك باستخدام أى استجابة مضادة لها (مثل الاسترخاء أوالمرح). ونظرا لأنه يكون يوسعنا أن نوقف عملية الاشراط عند أى نقطة محايدة فانه لايهمنا ما إذا كانت الاستجابة المضادة التى نستخدمها هى نفسها مرغوبة ام لا. وقد رأينا من قبل كيف استخدم بعض المعالجين الغضب كاستجابه مضادة لاستجابة الخوف. وهذا الموقف يساعد المعالج على اعداد الاشراط المضاد بما يناسب المشكلات والمهارات الخاصة بالعميل الذى يعالجه. ويتوقف اختيار الاستجابة المضادة على مالدى العميل من مخزون من الاستجابات أو مايستطيع أن يتعلمه منها وكذلك يتوقف على ماهى الاستجابة المرغوب تعلمها بصفة عامة فى حياته (مثلا تعلم الاسترخاء والسلوك التوكيدى يفيدان العميل فى حياته بجانب استخدامهما فى الاشراط المضاد للقلق أو الخوف).

وسوف نتناول فى فصول قادمة بالحديث اسلوب الغمر Flooding واسلوب التخلص المنظم من الحساسية Systematic Desensitization وكذلك أسلوب تأكيد الذات (السلوك التوكيدى) كأساليب علاجية متخصصة.

الفصل الرابع

التخلص المنظم من الحساسية
Systematic Desensitization

التخلص المنظم من الحساسية، اسلوب من اساليب العلاج السلوكى يستخدم فى علاج حالات القلق والخوف، ويقدم على اساس من قاعدة الاشراط المضاد . ويرجع تطوير هذا الاسلوب واستخدامه فى مجال العلاج النفسى إلى جوزيف ولبه Walpe ومما هو جدير بالذكر أن العلماء المسلمين كان لهم السبق فى الكتابة عن استخدام هذا الاسلوب فى العلاج. وعلى سبيل المثال نجد الامام الغزالى يتحدث عن العلاج بالضد بشكل كبير عند حديثة عن تهذيب الاخلاق فى مؤلفه احياء علوم الدين. كذلك يشير الامام ابن قيم الجوزية إلى طريقة لعلاج الخوف الذى يصيب الطفل الرضيع تعتمد ايضا على الاشراط المضاد فيقول رحمه الله فى مؤلفه تحفة الودود باحكام المولود*.

"وينبغى أن يوقى الطفل كل أمر يفزعه من الأصوات الشديدة الشنيعة، والمناظر الفظيعة، والحركات المزعجة، فان ذلك ربما أدى إلى فساد قوته العاملة لضعفها، فلا ينتفع بها بعد كبره، فاذا عرض له عارض من ذلك، فينبغى المبادرة إلى تلافيه بضده، وايناسه بما ينسيه اياه، وان يلقم ثديه فى الحال، ويسارع إلى رضاعته ليزول عنه ذلك المزعج له، ولايرتسم فى قوته الحافظة فيعسر زواله. ويستعمل تمهيده بالحركة اللطيفة إلى أن ينام، فينس ذلك، ولايهمل هذا الأمر، فان فى اهماله اسكان الفزع والروع فى قلبه، فينشأ على ذلك ويعسر زواله ويتعذر".

وفى اطار علم النفس الحديث فان التجربة التى قامت بها مارى كوفر جونز لعلاج الطفل ألبرت من الخوف من أهم الاعمال التى مهدت لفكرة الاشراط المضاد والتى استفاد منها ولبيه فى اقتراح طريقته فى العلاج.

---

* ص٢٣٣ طبعة مكتبة دار البيان دمشق ١٩٧١)

تجارب ولبيه:

أجرى ولبه مجموعة من التجارب على القطط، حيث قسمها إلى مجموعتين. فى المجموعةالأولى كانت القطط تسمع أزيز جرس وهى فى أقفاصها تعقبه صدمة كهربائية مؤلمة. أما فى المجموعة الثانية فان ازيز الجرس كان يصحبه الطعام ثم تعقبه بعد ذلك الصدمة الكهربائية وبذلك يتولد صراع حافزين متضادين هما الجوع والخوف وكلاهما يرتبط بنفس المثير أى صوت الأزيز، وقد كانت التجارب قبل ولبه قد أوضحت أن العصاب التجريبى ينتج من موقف صراع وهى فكرة ظهرت من قبل فى كتابات فرويد وتحقق دولارد وميلر من وجودها. وقد استنتج وولبيه أن القطط فى المجموعة الأولى اظهرت استجابة خوف شبيهه فى شدتها بتلك التى اظهرتها المجموعة الثانية (مجموعة الصراع) وبذلك فان الصراع لم يكن ضروريا لتكوين الاستجابة العصابية (الخوف). وبذلك قدم ولبه نموذجا للخوف يقوم على أن الخوف استجابة يتم اشراطها لمثيرات معينة بناءً على قواعد الاشراط الكلاسيكى وقد لاحظ ولبه فى تجاربه على القطط أن النتيجة الهامة كانت توقفها عن تناول الطعام (نتيجة الخوف) وقد افترض بناء على ذلك أنه إذا كان القلق أو الخوف قادرا على كف تناول الطعام فربما يكون تناول الطعام قادرا على كف القلق (أوالخوف) واستخدم للتعبير عن هذه الظاهرة اصطلاح الكف المتبادل Reciprocal Inhibtion وهو اصطلاح استخدمه قبله عالم الفيزيولوجيا شيرنجتون (١٩٠٦) Sherington. ولما كان ولبه قد لاحظ أن القطط قد اظهرت أقصى درجات الخوف حين كانت فى اقتاصها الأصلية على حين اظهرت درجة أقل نسبيا من الخوف عندما وضعت فى اقفاص جديدة مختلفة تماما عن اقفاصها الأصلية وبعد إطعامها فى هذه الاقفاص ينقلها إلى اقفاص قريبة الشبة باقفاصها الأصلية ويقدم لها الطعام من جديد.

وقد استمر فى عملية اعادة تقديم الطعام على هذا النحو حتى تم نقل الحيوانات التى اقفاصها الأصلية مع تقديم الطعام لها ولاحظ أن القطط قد عادت لاقفاصها الاصلية دون أن تظهر أى علامات للخوف. وبنفس المسار كان ازيز الجرس يصاحب تقديم الطعام حتى اصبح هو الآخر لايولد أى قلق.

بناء على نتائج هذه التجارب، بدأ ولبه فى البحث عن استجابات عليها أن تكف القلق لدى الانسان (استجابات مضادة للقلق)، بحيث يمكن استخدامها كأسلوب للعلاج.

ومن الغريب أن ولبه رغم أنه استخدم الطعام فى تجاربه على القطط فانه لم يحاول استخدامه كاستجابه (تناول الطعام) مضادة للقلق وانما ركز على استخدام الاسترخاء، وتوكيد الذات كأسلوبين أساسيين فى عمله العلاجى.

وفى الوقت الحالى، فان اصطلاح التخلص المنظم من الحساسية يقتصر استخدامه على الحالات التى يستخدم معها الاسترخاء Relaxation كاستجابة مضادة أومناسبة لاستجابة القلق أو الخوف. أما تأكيد الذات Self Assertion فقد أصبح هو الآخر اسلوبا علاجيا قائما بذاته.

وتشير الكتابات والدراسات فى مجال علم النفس والطب النفسى إلى أن أسلوب التخلص المنظم من الحساسية يستخدم على نطاق واسع وبنجاح كبير فى علاج المخاوف المرضية (الفوبيا Phobia) ومن بين المخاوف التى استخدم معها هذا الأسلوب بنجاح: الخوف من المرتفعات، الخوف من قيادة السيارات، الخوف من حيوانات أوحشرات أوهوام، الخوف من الامتحانات، الخوف من الطيران ومن الماء ومن المدرسة ومن الرؤساء ومن الزحام بل

وحتى الخوف من الموت. وكذلك استخدام هذا الاسلوب مع مجموعة أخرى من الاضطرابات التى ليس لها طبيعة الخوف مثل اضطرابات الكلام وأزمات التنفس والأرق وتعاطى الخمور والغضب والتجوال السباتى والكوابيس الليلية الخ (ريم وماسترز ١٩٨٠ Rimm & Mastars). وفى المعتاد فان المعالجين الذين يستخدمون اسلوب التخلص من الحساسية لمعالجة هذه الإضطرابات (غير المخاوف) يفترضون أنها تنشأ عن خوف مرتبط باحداث خارجية معينة وبذلك فهى تشبه استجابات المخاوف. وعلى سبيل المثال فان بعض المتعاطين للخمور يزداد تناولهم لها وبشكل مفرط بعد معايشة نوع من الاخفاق وكذلك فان بعض الافراد الذين لديهم أفكاراً وساوسية قد يعايشون هذه الأفكار فقط عندما يواجهون موقفا مثيرا للقلق. ويتطلب العلاج باستخدام اسلوب التخلص المنظم من الحساسية لعدد قليل نسبيا من الجلسات العلاجية حيث يقدر متوسط عدد الجلسات فى هذا النوع من العلاج بين ١٦، ٢٣ جلسة.

وصف طريقة التخلص المنظم من الحساسية:

تعتبر طريقة التخلص المنظم من الحساسية وسيلة هامة لمساعدة المسترشدين أو المرضى فى التغلب على استجابات القلق والمخاوف التى اشرطت لمواقف أو أحداث خاصة، وقبل أن نصف هذه الطريقة نود أن نشير إلى أن الاشخاص الذين يبحثون عن علاج لقلق نوعى محدد المصدر (لتميزه عن القلق الطليق) ينقسمون إلى مجموعتين. ففى المجموعة الأولى تكون المشكلات الخاصة بهؤلاء الافراد مرتبطة بوجود قلق غير منطقى (أوخوف غير منطقى) ومثل هؤلاء الافراد يفيد اسلوب التخلص المنظم من الحساسية فى علاجهم بشكل كبير ويعتبر القلق غير منطقى إذا كان هناك دليل على أن المريض لديه المهارات الكافية للتغلب على مايخاف منه ولكنه

اعتاد على الموقف الذى يحدث فيه الخوف واذا حدث وكان من الصعب عليه أن يتفادى هذا الموقف فان أداءه يكون فى مستوى أدنى من قدراته. فالسائق الذى لديه خبرة ومهارة فى قيادة السيارات قد يتجنب قيادة السيارة تماما فى اعقاب تعرضه لحادث واذا قاد السيارة فانه قد يقودها بمهارة اقل مما اعتاد عليه بسبب نقص انتباهه نتيجة لما يعانيه من قلق. أما المجموعة الثانية فان الخوف فيها يكون منطقيا إلى حد ما سواء كان مرجع ذلك إلى نقص المهارات المناسبة لدى الفرد أو بسبب وجود خطورة حقيقية فى الموقف الذى يخاف منه أو لكليهما. وفى مثل هذه المشكلات فان التخلص المنظم من الحساسية لايكفى وحده كاسلوب علاجى بل قد يكون غير مناسب بالمرة كعلاج فى مثل هذه الحالات فمثلا السائق حديث العهد بقيادة السيارات نتوقع منه أن يتجنب استخدام طريق جبلى وعر فى يوم ممطر. وقد تؤدى عملية التخلص المنظم من الجساسية إذا نجح المعالج فى استخدامها فى هذه الحالة إلى نتائج قاتلة بالنسبة للعميل (لاقدامه على مخاطرة اكبر من مستوى قدراته) ومن ثم فان المعالج قد يتجه بدلا من استخدام هذا الاسلوب إلى مساعدة السائق على اكتساب مزيد من المهارة المناسبة فى قيادة السيارات من خلال البرامج التدريبية المناسبة بدلا من مساعدته على التخلص من الخوف (وهو فى هذه الحالة خوف معقول ومنطقى) وتقع على المعالج مهمة ومسئولية تحديد ماذا كان القلق الذى يعانى منه العميل منطقيا ام غير منطقى. فاذا حدد أن هذا القلق غير منطقى فان اسلوب التخلص المنظم من الحساسية يصبح هو العلاج المناسب.

واذا ماقرر المعالج أن اسلوب التخلص المنظم من الحساسية هو الاسلوب المناسب لعلاج العميل من مخاوفه، فانه يقوم بشرح بسيط للمراحل

المختلفة التى يمر بها العلاج والفكرة التى يقوم عليها: ويمكن للمعالج أن يقول على سبيل المثال.

"ان الانفعالات التى نعايشها (مثل القلق والخوف) إنما هى نتيجة لخبرات سابقة. مررنا بها مع بعض الناس أو بعض المواقف، وهذه الاستجابات الانفعالية قد تؤدى فى اغلب الأحيان إلى مشاعر القلق والتوتر وهى مشاعر غير ملائمة...ولما كان ادراك مثل هذه المواقف يحدث داخليا فانه بوسعنا أن نعمل سويا ونتعامل مع هذه الانفعالات غير المناسبة هنا فى المكتب وذلك عن طريق تخيل المواقف".

ثم أن المعالج يبدأ بعد ذلك فى تعريف العميل بالاسلوب الذى يستخدمه فى العلاج وان هذا الاسلوب يعرف باسم "التخلص المنظم من الحساسية" (يطلق عليها البعض اسلوب التحصين التدريجى أو اسلوب التطمين التدريجى) وأن هذا الاسلوب يشتمل على مرحلتين أساسيتين هما:

المرحلة الأولى: وتتكون من التدريب على الاسترخاء حيث سأقوم بتعليمك كيف تصبح أكثر استرخاء عما تعودت أن تكون عليه.

أما فى المرحلة الثانية: سوف أقوم بمساعدتك على تخيل المواقف التى تثير لديك القلق وذلك بشكل متدرج ومتتابع وانت فى حالة الاسترخاء.

وقبل أن يمضى المعالج إلى أبعد من ذلك فانه يجب عليه أن يجيب على أى أسئلة قد يوجهها العميل حول الطريقة أو حول النتائج المتوقعة من العلاج. ويجب فى خلال هذه المرحلة وكذلك فى باقى مراحل العلاج أن يتأكد المعالج أنه قد كون علاقة جيدة وآمنه مع العميل يشعره فيها بالتقبل والتفهم والمشاركة.

خطوات العلاج

يشتمل اسلوب التخلص التدريجى من الحساسية على الخطوات التالية:

١- التدريب على الاسترخاء.

٢- اعداد مدرج للقلق.

٣- مرحلة العمل (عملية التخلص المنظم من الحساسية)

١- التدريب على الاسترخاء:

يتم هذا التدريب فى غرفة هادئة ذات اضاءة خافتة وتكون بعيدة عن الضوضاء الخارجية وبها اثاث بسيط. ومن المفضل أن تشمل الغرفة على أريكة (كرسى مستطيل) حيث يمكن تيسير الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها فاذا لم توجد الاريكة فيمكن استخدام كرسى كبير ومريح.

والخطوة الأولى فى الاسترخاء تبدأ بـان يجلس العميل على الكرسى ويسند ظهره إليه (أو يلتقى على الأريكة) ثم يغمض عينيه.

ثم يقول المعالج:

(سوف أقوم بتدريبك على كيفية الاسترخاء، وسوف أطلب منك اثناء التدريب أن تقوم بشد بعض العضلات فى جسمك ثم ارخاءها وهكذا فى بقية عضلات الجسم - هل تفهمنى؟)

ثم يبدأ المعالج بعد ذلك فى خطوات الاسترخاء الموضحة فى نهاية هذا الفصل وهى موضوعة على أساس الاسلوب الذى طوره جاكوبسون (١٩٣٨) ومن المفضل أن يتم توجيه تعليمات الاسترخاء بصوت هادئ ومريح، وتستغرق كل خطوة حوالى عشر ثوان يتخللها راحة بين ١٠، ١٥ ثانية بينها وبين الخطوة التى تليها. ويستغرق التمرين كله حوالى نصف ساعة.

ويفضل فى الجلسة الأولى للاسترخاء أن يقوم المعالج ايضا بخطوات الاسترخاء مع العميل حتى يمكن له أن يلاحظ إذا لزم الأمر كيف يقوم المعالج بكل خطوة. كما ينصح المعالج بان يجعل مدة الفواصل بين الخطوات بحيث تناسب العميل الذى يعمل معه كما يشجعه على ان يمارس الاسترخاء بنفسه فى المنزل ويفضل أن يكون ذلك بواقع مرتين فى اليوم. كما يمكن أن نساعد العميل على ذلك بتسجيل الخطوات على شريط كاسيت يستخدمه العميل بعد ذلك.

وقد يحدث فى بعض الأحيان أن يشعر بعض العملاء بعدم الارتياح اثناء الجلسة الأولى للتدريب على الاسترخاء وبالتالى فقد لايصلون إلى الاسترخاء العميق على الوجه المطلوب، وفى مثل هذه الحالات فان التدريبات المنزلية قد تساعدهم على اتمام ذلك.

وفى المعتاد أن يستغرق التدريب على الاسترخاء من جلستين إلى ثلاث جلسات. ويمكن للمعالج اثناء التدريب أن يستعمل بعض الكلمات المشجعة والمساعدة مثل "خذ نَفَساً بشكل طبيعى" احتفظ بعضلاتك مسترخية" "لاحظ كيف تحس الآن أن عضلاتك دافئة وثقيلة ومسترخية" وفى بعض الحالات قد يصبح من الصعب على بعض الافراد أن يتموا الاسترخاء حيث يكون من الصعب على البعض أن يسترخى فى وجود الآخرين أو أن يغمض عينيه لفترة تزيد على بضع ثوان بل أن البعض "وهم قلة" يخافون من الاسترخاء. وقد أوصى كل من برادى Brady ١٩٦٦، فرايدمان Friedmen باستخدام بعض العقاقير مثل البريفيتال "ميتاهكستون الصوديوم" كما استخدم البعض مزيجا من غازى ثانى أكسيد الكربون والأكسجين (ولبه ولازاروس ١٩٦٦، ولبه ١٩٧٧)

٢- اعداد مدرج القلق:

من الضرورى أن يحدد المعالج مصدر القلق لدى العميل سواء كان هذا المصدر مواقف أوافكارا ويمكن أن يتم ذلك باستخدام أساليب تقدير وتحليل السلوك التى سبق الحديث عنها فى الفصل الثانى حيث يمكن أن يتم ذلك باستخدام المقابلة أو اسلوب التسجيل الذاتى أو الملاحظة أو المذكرات الشخصية أوباستخدام بعض استبانات الخوف (مثلا قائمة المخاوف–انظر الفصل الثانى) أوبعض القياسات الفيزيولوجية. وبعد تحديد المثيرات المولده للقلق فانها تقسم إلى مجموعات تبعا للعناصر المشتركة بينها كما يحدث فى مدرج الموضوع Thematc hiararchy فمثلا قد يشعر شخص ما بالقلق من نقد الآخرين له ومن حساسيته الذاتية العالية ومن سوء فهم الآخرين له. ومثل هذا الشخص تكون مخاوفه مركزه حول موضوع عام للخوف وهو الخوف من الأحكام الاجتماعية المضادة (التقويمات السلبية عنه). وكذلك قد تجمع بعض المثيرات تبعا لحادثة معينة مثل الطلاق. ومثل هذه المجموعة تصبح الاساس الذى يبنى عليه مدرج مكانى وزمانى Spatio-temporal hiararchy.

والمشكلة التى نقابلها فى هذا الصدد هى أن المعالج قد يقسم المثيرات بناء على موضوع أوحادث غير مناسب. فعلى سبيل المثال فان الخوف من التواجد فى المركبات العامة (الحافلات) المزدحمة أو المصاعد أو فى ساعات الذروة للمرور هذه كلها قد تصنف تبعا لموضوع واحد هو الخوف من الزحام البشرى على حين أن الموضوع الحقيقى الذى يجمع بينها ربما يكون الخوف فى منطقة محددة. ولهذا فان عملية اختيار موضوعات أوعناصر مشتركة يعتبر من المهارات التى ينبغى على المعالج أن يدرب نفسه عليها.

وبعد تحديد مصادر القلق وتقسيمها إلى مجموعات فان المعالج يتولى تحديد ما يحتاج منها الىعلاج. فهناك مخاوف تكون ذات طبيعة تكيفية يحتاجها الفرد فى حياته. فالطالب الذى يخاف من مسايرة زملائة فى المدرسة فى التدخين فى دورات المياه لايمكن أن نعالجه من هذا الخوف فهو خوف مرغوب وصحى وله قيمة تكيفية. كذلك من الممكن أن نعزل بعض المخاوف أو نؤجل علاجها لانها لاتمثل اهمية ضاغطة بالنسبة لمشكلات العميل الأساسية. وهناك مخاوف تقوم على اساس من مفاهيم أو ادراكات خاطئة.

وربما يكون أفضل علاج فى هذه الحالة أن نستخدم اسلوبا تعليميا (مثلا الخوف من الاصابة بالامراض العقلية) لكن هناك كذلك مخاوف مرضية تنشأ من الخبرات السابقة والارتباطات الانفعالية وليس عن مجرد تصورات خاطئة وهذه هى المخاوف التى نستخدم معها اسلوب التخلص المنظم من الحساسية.

أما الخطوة التالية فى اعداد مدرج القلق فهى أن نأخذ كل مجموعة من مثيرات الخوف (عادة يوجد لدى العميل مجموعتان أو أكثر من هذه المجموعات) وترتب هذه المشكلات فى شكل تدرج قائم على ترتيب المثيرات تبعا لكمية القلق أو الخوف التى تولدها لدى العميل مع وضع الجوانب التى تولد أقصى درجة من القلق فى قمة المدرج وأقلها فى القاعدة. وقد تفيد القياسات الفزيولوجية فى هذا الترتيب ولكن من المعتاد الاعتماد على التقدير الشخصى للعميل نفسه عن كمية القلق التى يعايشها فى الموقف الطبيعى. ولكى نسهل هذا التقدير يمكن أن نستخدم المقياس الذى اقترحه ولبه حيث يكون فى اعلاه الدرجة ١٠٠ والتى تمثل اسوأ درجات القلق الذى يمكن للفرد أن يتخيله، وفى قاعدة المقياس توجد الدرجة صفر والتى ترمز

إلى عدم وجود قلق. وتعرف وحدات هذا التدرج بوحدات القلق الشخصية. وبذلك فان العميل يعبر عن درجة قلقه فى صورة وحدات (درجات) بين صفر، ١٠٠. ويقترح ولبه ألا تزيد الفروق بين الفقرات المتتابعة عن ٥–١٠ وحدات وبذلك فقد نحتاج إلى اضافة فقرات جديدة كلما دعت الحاجة لذلك.

ونورد فيما يلى امثلة لبعض مدرجات القلق والخوف.

أ– مدرج القلق لدى طالب لديه قلق شديد من الامتحانات:

١ـ ليلة الامتحان حيث يبدأ أول الامتحانات فى صباح الغد (أعلى درجة للقلق ١٠٠)

٢ـ عند قراءة السؤال الأول من الامتحان.

٣ـ عند انتهاء المحاضرات النظامية وإعلان جداول الامتحانات.

٤ـ عندما يبدأ الاساتذة فى تذكيرنا ببعض الجوانب الخاصة بالامتحانات.

٥ـ عندما يسألنى زميل لى عن بعض الاجراءات الخاصة بالامتحانات.

٦ـ عند بدء الفصل الدراسى والاساتذة يتحدثون عن مطالب المقررات (أدنى درجة للقلق صفر)

ب– مدرج للخوف من البقاء منفردا فى المنزل[١]

١– الجلوس منفردا فى غرفة المعيشة فى المنزل والأبواب مغلقة (أعلى درجة من القلق)

٢– التفكير فى أنى سأكون بمفردى قبل ساعات من حدوث ذلك فعلا.

---

[١] نقلا عن كانفر وجولد شنين ١٩٨٠ Helping people change

٣- البقاء فى المنزل مع أحد الأخوة الأصغر منى سنا.

٤- اسير بالسيارة منفردا فى الليل مع الاحساس أن هناك شخصا ما يتبعنى.

٥- البقاء فى غرفتى بمفردى اثناء النهار.

٦- الذهاب إلى الكلية مبكرا فى الصباح حيث يكون هناك عدد قليل من الطلاب.

٧- التفكير فى احتمال أن اكون بمفردى فى البيت اثناء النهار.

٨- أن اكون مع زميل واحد فقط فى حجرة الدراسة.

٩- أن أكون مع مجموعة من الزملاء فى المختبر (أقل درجات القلق).

حـ ـ مدرج الخوف من السفر بالطائرة:

١- فى الطائرة اثناء تحليقها فى الجو (أعلى الدرجات).

٢- فى الطائرة عند اقلاعها.

٣- فى الطائرة قبل الاقلاع.

٤- اثناء انتظار الاعلان عن الدخول للطائرة.

٥- اثناء اجراءات السفر.

٦- فى الطريق إلى المطار.

٧- ليلة السفر.

٨- قبل موعد السفر باسبوعين.

٩- عند شراء تذكرة السفر.

١٠- عند بدء التفكير فى السفر.

١١- عند رؤية طائرة تحلق فى الجو.

١٢- عند سماع كلمة طائرة. (أقل الدرجات)

٣- مرحلة العمل (اجراءات التخلص المنظم من الحساسية) :

بعد أن يتم تدريب العميل علـى الاسترخاء واعداد مـدرج القلـق، تبـدأ عملية التخلص التدريجى من الحساسية والتى تتم إما فى الواقـع الملمـوس In Vivo أو عن طريق التخيل وهو الاكثر شيوعا. واذ كـان العميـل لديـه أكـثر من نوع من المخاوف وأعددنا معه أكثر من مدرج لهذه المخاوف فان العلاج يركز فى البداية على أكثر هذه المخاوف اهمية بالنسبة له. وقد يمكن للمعـالج أن يتعامل فى الجلسة الواحدة مع أكثر من مدرج للخوف.

وتبـدأ الجلسـة الأولـى فـى مرحلـة التنفيذ بـان نطلـب مـن العميـل أن يسـترخى بنفسـه لمـدة حوالـى خمـس دقـائق (أى يدخـل إلـى الاسـترخاء) مـع الايحاء بانه قـد اصبـح أكـثر اسـترخاء وانـه يحقـق اسـترخاء اعمـق ويطلـب المعالج من العميل أن يشير باصبع السبابه اليمنى عندما يصبح فى حالة مـن الاسـترخاء والشـعور بالراحـة... وعندمـا يشـير العميـل بانـه وصـل إلـى الاسترخاء فان المعالج يطلب إليه أن يتخيل مشهدا من المواقف التـى حددهـا فى مدرج القلق ويكون هذا المشهد عادة هو أقل المواقف اثارة للقلق ويعـرف بالمشـهد الضـابط، ويجـب أن يكـون التخيـل لأوضـح درجـة ممكنـة. فليقـول المعالج للعميل:

"تخيل المشهد كما لوكنت تعيش فيه فعلا" ثم ينتقل بعد ذلك إلـى مشـهد آخر وهكذا إلى أن يشـير العميـل بانـه قـد بـدأ فـى الشـعور بـالتوتر، ويكـرر المعالج تقديم المشهد الواحـد مـن ثـلاث إلـى أربـع مـرات تسـتغرق كـل مـرة حـوالى عشر ثـوان.. وفيـما يلى مثـال لفقـرة من حالة خـوف (قلـق) من الامتحانات:

"الآن توقف عن تخيل ذلك المشهد وركز انتباهك مرة أخرى على الاسترخاء.. والآن تخيل انك تذاكر دروسك فى المنزل فى المساء وقد بقى على الامتحان شهر واحد (وقفه لمدة ٥ ثوان)... توقف عن تخيل هذا المشهد (وقفة من ١٠-١٥ ثانية) والآن تخيل نفس المشهد مرة ثانية - أنت قبل شهر من الامتحان تستذكر دروسك فى منزلك فى المساء (وقفة ٥-١٠ ثوان) توقف عن تخيل هذا المشهد وفكر من عضلاتك واستمتع بحالة الهدوء التى تمر بها (وقفة ١٥ ثانية) والآن تخيل انك تستذكر دروسك فى البيت قبل الامتحان بشهر (وقفة بين ٥-١٠ ثوان)... أوقف المشهد وفكر فقط فى حالتك البدنية......." (عن ولبه ١٩٦٩ ص١٢٦)

وتُعرض المشاهد التى يتخيلها العميل فى شكل تصاعدى تبعا للمدرج الذى تم اعداده وذلك بدءاً بأدناها أثارة للقلق وتدرجا معها إلى إعلى حتى نصل إلى أكثر الفقرات اثارة للقلق. وفى المعتاد أن يعرض فى الجلسة الواحدة بين ٣-٤ مشاهد (يشتمل مدرج القلق فى المعتاد على حوالى ٢٠-٢٥ مشهدا) ويمكن تخصيص باقى الجلسة لمناقشة بعض الجوانب المتصلة بمخاوف العميل أو تخصص للقيام بجانب من عملية التخلص المنظم من الحساسية باستخدام مدرج لنوع آخر من المخاوف أو للعمل مع مشكلة أخرى للعميل.

ويحسن أن يحتفظ المعالج ببطاقات يسجل عليها المشاهد التى عرضها على العميل وتاريخ العرض ومدة العرض. ومن المستحسن عدم الانتقال إلى مشهد جديد الابعد أن يعايش العميل المشهد المعروض لثلاث مرات متتالية بنجاح (أى بدون أن يشعر بعدم الارتياح) كما يجب على المعالج أن يراقب العميل خلال جلسات العلاج ليلاحظ علامات التعب عليه وان يستفسر منه

عما إذا كان يحس أن المناظر المعروضة عليه فى الجسلة الواحدة كثيرة، كما يمكن ملاحظة بعض التصرفات والمظاهر اثناء الاسترخاء واثناء عملية التخيل مثل عدم الاستقرار فى المعقد أو الحركة السريعة للجفون أو التمتمة بكلام والعينان مُغمضتان.

صور أخرى للتخلص المنظم من الحساسية:

اقترح بعض الباحثين صورا أخرى من أسلوب التخلص المنظم من الحساسية فاقترح شيرمان (١٩٧٢) Sherman استخدام هذا الاسلوب بشكل واقعى (حيى) In Vivo بدلا من الاعتماد على التمثيل حيث يعرض العميل للفقرات (المواقف) التى يشتمل عليها مدرج القلق فى موقف حقيقى وفى هذه الحالة لايستخدم الاسترخاء كاستجابة مضادة للقلق وانما يستخدم الشعور بالامن فى وجود المعالج والعلاقة الارشادية كاستجابة مضادة للقلق. ويمكن على سبيل المثال أن يصحب المعالج العميل إلى المواقف التى يخاف منها وذلك بالتدريج. كما اقترح جولد فرايد (١٩٧١) Goldfried وميكنبوم (١٩٧٤) Meichenbaum اسلوب التخلص من الحساسية مع ضبط النفس، ويشتمل هذا الاسلوب على تخيل المواقف المخيفة ويتخيل العميل نفسه وهو يواجه الموقف المخيف.

الفصل الخامس

التدريب على السلوك التوكيدى
وإثبات الذات

قد يختلف الباحثون فيما بينهم حول تعريف السلوك التوكيدى Assertive Behavior ولكنهم يتفقون إلى حد كبير على الخصائص الأتية لهذا النوع من السلوك:ـ

١- السلوك التوكيدى سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية ويتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية.

٢- السلوك التوكيدى سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.

٣- عندما يسلك الشخص بطريقة توكيدية فانه يأخذ فى اعتباره مشاعر وحقوق الآخرين.

ويهتم الباحثون فى مجال السلوك التوكيدى بالتمييز بين التوكيد Assartion والعدوان Agression ويمكن تمييز العدوان بعدة طرق، فعلى سبيل المثال يمكن القول بانه كدر من الناحية الاجتماعية (ولبه ١٩٧٣) أوأنه انتهاك لحقوق الغير (لانج وجاكوبوسكى ١٩٧٦). كما يرى البعض أنه لكى نطلق على سلوك ما بأنه عدوانى فانه ينبغى أن يتوفر قصد العدوان فيه. ويمكن القول بصفة عامة أن السلوك العدوانى سلوك له آثار سلبيه على رفاهية الغير.

ويشتمل التدريب على السلوك التوكيدى على أى أسلوب علاجى يهدف إلى زيادة مقدرة الفرد على الاشتراك فعلا فى هذا النوع من السلوك. وتشمل الاهداف السلوكية لهذا النوع من التدريب على زيادة القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية مثل الغضب والضيق وكذلك المشاعر الايجابية مثل الفرح والحب والامتداح، ويفترض المعالج أن التوكيد الزائد يفيد العميل بطريقتين اساسيتين:

اولا: أن المعالج تعتقد أن السلوك بطريقة أكثر توكيدا سوف يعطي العميل شعورا أكبر بالراحة، بل أن معالجا شهيرا هو جوزيف ولبه قد اعتبر أن الاستجابه التوكيدية لها تأثير مشابه إلى حد كبير لتأثير الاسترخاء العضلي العميق فى امكانيه الكف المتبادل للقلق. وبذلك يمكن استخدام السلوك التوكيدى كاستجابه تضاد القلق (انظر الفصل الرابع)

ثانيا: يفترض المعالج أن العميل حين يسلك بطريقة أكثر توكيداً فانه سيصبح أكثر قدرة على تحقيق ميزات اجتماعية هامة وبالتالي يحصل على رضاء اكبر في الحياة. وتحقيق هذه المميزات وهذا الرضا يستلزمان نوعا من التعقل وليس مجرد الانفعال التلقائي غير الاستجابي. ولهذا يجب على المعالج أن يتنبه في تدريب العميل ألا يحدث تعميم للسلوك لمواقف تعود عليه بالضرر كأن يرد في غلظة على رؤسائه في العمل.

تطور اسلوب التدريب على السلوك التوكيدى:

يمكن القول بان جوزيف ولبه هو المؤسس الأول لطريقة التدريب على السلوك التوكيدى وان كانت الاسس العامة لهذا التدريب قد أوردها اندرو سالتر Salter ضمن كتاباته عن العلاج بالفعل المنعكس عام ١٩٤٨ أى قبل بدء الرحلة النشطة للعلاج السلوكى التى بدأت مع كتاب ولبه عن الكف بالنقيض (١٩٥٨) بعشر سنوات.

وتشتمل الطريقة التى وصفها سالتر على ستة أنواع رئيسية من التدريبات:

١- التحدث عن المشاعر Feeling talk

ويشتمل هذا النوع من التدريبات على التعبير حرفيا على أى شعور، ومن امثلة ذلك:

"انا أقدر هذا الشخص وكذلك أقدر كل شئ يعمل من أجله"

"لم يكن هذا تصرفا ذكيا منى"، "أحب الحساء"، "افضل أن اشرب الشاى"

٢- استخدام تعبيرات الوجه:

وتشتمل هذه التدريبات على ممارسة التعبيرات بالوجه بمايتلاءم مع الانفعالات التى يعايشها الفرد مثل الفرح والخوف والحزن والضيق والغضب

٣- التعبير عن الرأى الشخصى فى حالة مخالفة الرأى المطروح:

وفيه يمارس الشخص تعبيره عن رأيه الشخصى حين يكون لديه رأى يختلف عن الرأى المطروح من الآخرين.

٤- استخدام ضمير المتكلم بدلا من ضمير الغائب:

ويشتمل هذا الجانب على التدريب على التعبير عن الذات ونسب الأحداث والخبرات لها (الذات) بدلا من نسبها إلى ضمير الغائب أوبنائها للمجهول.

"لقد قمت بمقابلة ناجحة" بدلا من "لقد كانت مقابلة ناجحة"

"كانت اسئلتى هامة" بدلا من "لقد كانت الاسئلة هامة"

٥- التعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع أو فائدة أورضا:

"وأنا ايضا أحب هذا الطراز من السيارات"

"وأنا اشارككم الرأى فى أن هذا الاجتماع هام"

٦- ممارسة الارتجال:

ويقصد به أن يتدرب الفرد على الكلام الحر فى صورة ارتجالية ودون اللجوء بكثرة إلى الكلمات المعدة مسبقاً أو الموجهة عن طريق الكتابة.

وفى الوقت الذى ظهر فيه كتاب سالتر كان ولبه يستخدم ايضا التدريب التوكيدى فوجد فى كتاب سالتر تشجيعا على استخدام هذه الطريقة فى العلاج. ولكن على الرغم من ذلك فقد كانت هناك اختلافات فى وجهات النظر بين الاثنين. فعلى حين كان سالتر يرى أن التدريب التوكيدى (التدريب على الاستثارة) من الممكن استخدامه مع كل الحالات وان السلوك التوكيدى يمكن أن يعمم إلى مواقف كثيرة، فإن ولبه كان على العكس من ذلك يرى أنه ليس من الضرورى أن نستخدم التدريب التوكيدى مع كل عميل وكذلك ليس من الضرورى أن يعمم العميل هذا السلوك إلى مواقف أخرى. وعلى سبيل المثال فقد لايجد العميل صعوبة فى أن يعبر عن تبرمه من سلوك أحد زملائه ومع ذلك فانه قد لايستطيع أن يعبر عن ذلك ازاء زوجته. وكذلك فقد أهتم ولبه بالنتائج المترتبة على التصرفات التوكيدية فى العلاقات الاجتماعية وخاصة السلبية منها أكثر من اهتمام سالتر بها.

ومن بين الباحثين الذين ساهموا بشكل مباشر أو غير مباشر فى تطوير فنيات التدريب التوكيدى مورينو (١٩٤٦، ١٩٥٥) Moreno والذى ذاعت شهرته كمؤسس لطريقة السيكودراما psychodrama فى العلاج النفسى والتى تقوم على تمثيل درامى للاتجاهات والصراعات التى يمثلها العملاء أو المرضى من واقع الحياة. وترتكز هذه الطريقة بشكل كبير على التلقائية والارتجال وتعتبر السيكودراما كطريقة لتمثيل الأدوار Role Playing شبيهة بأحد الفنيات التى يستخدمها ولبه بشكل اساسى فى اسلوبه فى التدريب التوكيدى وتعرف هذه الفنية "بتكرار السلوك" غير أن هناك نقاط اختلاف بين

الأسلوبين منها أن السيكودراما تشتمل فى اهدافها على التنفيس والاستبصار وهى جوانب لايهتم بها المعالجون السلوكيون بشكل أساسى.

ومن الاساليب العلاجية التى تتصل بشكل غير مباشر بطريقة التدريب التوكيدى الطريقة التى استخدمها كيلى (١٩٥٥) Kelly والتى تعرف بطريقة الدور الثابت Fixed Role وهى مزيج بين علم النفس السلوكى وعلم النفس المعرفى وتشتمل على استخلاص صورة لفرد خرافى متحرر من القلق ومن المشكلات السلوكية التى تسبب اضطراباً للعميل ثم ارشاد العميل إلى تمثيل هذا الدور. وهذه الطريقة التى اقترحها كيلى تشبه اسلوب الاسترجاع المتكرر للسلوك التى اقترحها ولبه فى التدريب التوكيدى.

كذلك فان ألبرت إليس Ellis صاحب نظرية العلاج العقلانى الانفعالى يستخدم تدريبات تتشابه مع التدريب التوكيدى.

تقدير الحاجة للتدريب التوكيدى:

يمكن للمعالج السلوكى أن يحدد حاجة العميل إلى التدريب التوكيدى من خلال المعلومات التى يجمعها فى المقابلة. وقد طور بعض الباحثين مجموعة من الاستبانات التى تستخدم فى تقدير السلوك التوكيدى والتى يمكن بواسطتها تحديد مدى الحاجة التى التدريب على هذا السلوك. ومن بين هذه المقاييس المقياس الذى طوره جالاس وباشتين (١٩٧٤) وجامبريك وريكى (١٩٧٥) وكذلك المقياس الذى اعدته راثوس (١٩٧٣) Rathus. وقد اعد المؤلف الأول بالاشتراك مع على بدارى صورة باللغة العربية على اساس من مقياس راثوس (انظر الملحق فى نهاية هذا الفصل)، كما قدم المؤلف الثانى مقياساً للسلوك التوكيدى اعده عن موريس لور .Lorr, M وآخرون (١٩٩٥) واستخدمه فى دراسه مشتركة عن المهارات الاجتماعية والسلوك

التوكيدى والقلق الاجتماعى وعلاقتها بالتوجيه لمساعدة الآخرين ويقيس خمسة ابعاد لهذا السلوك هى: الدفاع عن الحقوق والتوكيدية الاجتماعية، والتوجهية والاستقلالية، والسعى للقبول.

ويمكن للمعالج أن يستفيد من عبارات المقياس فى توجيه بعض الاسئلة اثناء المقابلة. ومن واقع خبرتنا فى العمل الارشادى مع طلاب الجامعات فان نقص التوكيد قد يظهر بشكل مباشر فى حديث المسترشد عن مشكلة أو يكون ضمنيا فى عرض المشكلة. وفى الغالب فان المشكلات المعروضة والتى تشتمل على نقص فى التوكيد ترتبط بالخوف أو القلق الاجتماعى (أوالخجل) والقلق بصفة عامة والشكوى من اضطرابات الكلام وكذلك فى بعض حالات الاكتئاب.

وقد أوضحت احدى الدراسات التى اشترك فيها المؤلف الأول أن السلوك التوكيدى يزداد لدى الافراد الذين يعتمدون على التعزيز الداخلى (ذوى مركز ضبط داخلى) عن الافراد الذين يعتمدون على التعزيز الخارجى (بدارى مركز ضبط خارجى) بدرجة دالة. كما تضمنت دراسة اخرى أن السلوك التوكيدى يرتبط ارتباطا عكسيا مع القلق الاجتماعى والخجل. (بدراى والشناوى ١٩٨٧، والدماطى ١٩٩٠)

فنيات التدريب التوكيدى:

تستخدم فى التدريب التوكيدى مجموعة من الفنيات نعرضها فيما يلى:

١- فنية تكرار السلوك:

وهو أكثر الاساليب استخداما فى التدريب التوكيدى، ويتطلب لتنفيذه أن يقوم المعالج والعميل بتكوين علاقة تفاعلية وفى جانب من الجلسة العلاجية

---

* راجع للمؤلف الثانى: دراسات فى الصحة النفسية ـ دارقباء للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٧م.

يقوم العميل بالدور المطلوب على حين يقوم المعالج بدور الشخص الهام فى حياة العميل مثلا دور الوالد أو المدير أو صاحب العمل أو أحد الزملاء. ويحصل المعالج على المعلومات الهامة حول هذا الشخص من العميل نفسه. ويبدأ العمل بان يقوم العميل بالسلوك الذى اعتاد أن يقوم به فى مثل هذا الموقف ويستجيب المعالج بما يناسب الدور المفترض أنه يؤديه (الوالد – المدير الخ..) ثم يستجيب العميل... وهكذا. وفى المعتاد فإن تبادل العلاقة على هذا النحو تستمر لوقت قصير. وعلى سبيل المثال فقد يرغب العميل أن يتدرب على كيفية التعامل مع بائع فى محل عندما يتجاهل دوره ويقوم بخدمه غيره. وربما يكون الحوار على النحو التالى:

المعالج: افترض أننى البائع، ماذا تقول؟

العميل: عفواً: أنا أسف ولكن عندما تنتهى فانى أود أن تتولى خدمتى.

وعلى أساس من هذا الدور الذى أداه العميل مبدئيا يمكن للمعالج أن يقدر ماذا كان التدريب التوكيدى مطلوبا للموقف الذى تم تمثيله واذا كان كذلك فان عليه أن يحدد بالضبط تلك السلوكيات التى يحتاجها العميل للتغيير. واذا كانت هناك عيوب واضحة فى السلوك الذى قام العميل بادائه فان المعالج يقوم بالتصحيح الفورى للعميل (وباسلوب غير عقابى) ثم يتبع ذلك بان يقوم العميل بمحاولة ثانية، وهكذا حتى يصبح هناك اتفاق بين العميل والمعالج على ملائمة السلوك الذى أداه العميل وأن هذا السلوك يحدث مع أدنى درجة من القلق. وكذلك من الممكن للمعالج بعد الأداء البدنى من جانب العميل أن يقوم على الفور بنمذجة السلوك الأفضل ثم يتيح الفرصة لمحاكاته بمعنى آخر أن المعالج فى هذه الحالة لايعتمد على التصحيح وانما يقوم باداء السلوك الصحيح بنفسه ويتيح الفرصة للعميل ليقوم بمحاكاة هذا السلوك.

ومن الممكن أن يدخل فى فنية تكرار السلوك فنيات أخرى مثل استخدام التعزيز واستخدام اسلوب التشكيل كما قد يستخدم المعالج اسلوب تبديل الأدوار حيث يقوم المعالج بدور العميل وفى هذه الحالة يقوم العميل بدور الشخص الآخر مثل الوالد أو المدير أو المدرس أو البائع الخ... وتتميز هذه الطريقة بانها تتيح الفرصة للعميل ليشاهد الانفعالات المصاحبة للقيام بالدور التوكيدى، وقد يدهش أن مثل هذا السلوك لم يبعث فيه (حيث يقوم بدور الشخص الآخر) أى مشاعر سلبيه. والحوار التالى يعطينا صورة عن اسلوب تبديل الأدوار.

المعالج: يبدو لى أنك لاتريد أن تلتحق بالجامعة، ويبدو لى انك قد فكرت فى ذلك الأمر بما فيه الكفاية، والآن لننظر ماذ يحدث عندما تناقش هذا الموضوع مع والدك.

العميل: نحن لانناقش ذلك، وانما هو يخبرنى بما هو الأفضل وبأنى غير ناضج ولا اعرف مصلحتى وسوف اندم طول حياتى على أننى لم أذهب للجامعة.

المعالج: وكيف تشعر ازاء ذلك؟

العميل: اشعر بالغضب والاحباط الشديد ولكنى لاأقول شيئا ولاحتى كلمة، لو نطقت فقد يغضب منى ولهذا اكتفى بأن أذهب إلى غرفتى.

العميل: لكى نرى كيف يمكن أن تتصرف فى مثل هذا الموقف دعنى اقوم بدور والدك وتقوم أنت بدورك المعتاد فى هذا الموقف وعليك أن تواجه الموقف لنرى كيف تقوم بدور والدك والآن لنبدأ

متى ستذهب لتتقدم للالتحاق بالجامعة؟ انك لم تعمل ذلك فمتى تفعله؟

العميل: انك تعرف انى لا أرغب فى التسجيل فى الجامعة الآن.

المعالج: (فى دور الوالد) انا اعرف انك لم تكبر بدرجة كافية لتفكر

بنفسك. انك غير ناضج إلى حد بعيد وسوف تندم مدى الحياة على انك لم تلتحق بالجامعة. ولولا حبى لك ماكنت قلت لك هذا الكلام.

العميل: (يتنهد بعمق) حسنا

* انتهى تمثيل الدور، وهنا يعلق العميل بقوله: أن هذا ما أقوم به فعلا للتخلص من الموقف.

المعالج: دعنا الآن نبدل الأدوار وسأخذ دورك

العميل (يأخذ دور الوالد) ألم تتقدم بعد للالتحاق بالجامعة.

المعالج: (يقوم بدور العميل) أقول لك الحقيقة، لقد فكرت كثيرا فى هذا الموضوع ولاأريد أن التحق بالجامعة.

العميل: (فى دور الوالد) أنى مُصر تماما على أن تتقدم للجامعة. انك لازلت صغيرا فاعمل ما أقول فأنا اعمل لمصلحتك.

المعالج: (فى دور العميل) أبى انا اعرف أنك مهتم بى وتعمل لمصلحتى ولكن كما قلت لك مرة لقد فكرت فى الامر كثيرا ولا استمتع بدخولى الجامعة وكذلك لن يكون آدائى فيها جيدا.

ينتهى أداء الدور، ويبدأ المعالج فى مناقشة العميل. ثم يأخذ العميل دوره ويقول نفس الكلام الوارد فى العبارة الأخيرة. ثم يسأله المعالج عن اسحساسه اثناء الأداء، وربما يقول العميل أنه كان يشعر ببعض القلق، وبذلك فقد يتكرر آداء الدور حتى يصبح القلق عند العميل ضيئلا.

٢- فنية الاستجابة البسيطة الفعالة:

قلنا من قبل أن التوكيد يشتمل على التعبير المناسب عن المشاعر وعملية الحكم على مدى ملاءمة التعبير إنما هو عملية اجتماعية يقوم بها العميل بالاشتراك مع المعالج. وفى التعبير عن مشاعر مثل الضيق أو

الغضب فانه يمكن أن نستخدم فنية الاستجابة البسيطة الفعالة ونقصد به السلوك الذى يحقق هدف العميل باقل جهد وأقل انفعال سالب. وعلى سبيل المثال قد يكون الفرد فى موقف يود أن يستمع إلى شئ ولكن الأخرين يحدثون ضجيجا (يحدث هذا السلوك على سبيل المثال فى دور السينما عند مشاهدة الافلام حيث يرتفع صفير بعض الشباب) يمكن أن يلتفت الشخص فى هذه الحالة قائلا فى صوت هادئ: يا اخوانى ألا يمكن أن نكون أكثر هدوءاً؟!.

وفى بعض الأحيان فان مثل هذا الضجيج قد يثير أحد الاشخاص فيقف صائحا فى صوت غاضب: ماهذه الفوضى؟، ما هذا الضجيج؟ إذا لم تكفوا عن الضوضاء فسوف اطلب الشرطة.. ومثل هذا الانفعال الشديد قد يترك له اثاره السلبية على الشخص نفسه وكذلك على الجمهور الحاضر أيضا.

وهناك مواقف كثيرة يجد المرء فيها نفسه بحاجة إلى مثل هذه الاستجابة البسيطة والفعالة فى نفس الوقت. خذ على سبيل المثال النماذج التالية:

١- عندما تجد نفسك فى مطعم وقد قدمت لك فاتورة حساب لتشتمل على أشياء لم تطلبها أو عندما تصلك فاتورة تليفون بها مكالمات لاتخصك ربما يكفى فى مثل هذه الحالات أن تقول:

أظن أن هناك خطأ ما فى هذه الفاتورة.

هل يمكن أن تعيد حسابها مرة أخرى؟

ب- طالب يجد نفسه ليلة الامتحان وجها لوجه مع صديق له جاء يزوره ليمضى معه بعض الوقت فى أحاديث عابره، يمكن أن يقول له مثلا:

صديقى، أنت تعلم أن عندى امتحان فى الغد وأنا بحاجة إلى مراجعة بعض الموضوعات قبل أن أنام مبكراً، وأرجو أن نلتقى فى وقت آخر بعد أنتهاء الامتحانات.

٣- أسلوب التصعيد:

فى كثير من الأحيان نجد أن الاستجابة التى تحدثنا عنها تؤتى نتائج طيبة، ولكن قد يحدث أن مثل هذه الاستجابات لا تأتى بالنتيجة المرجوة منها. وفى هذه الحالى يجب أن يكون العميل مهيئا لأن يصعد هذه الاستجابات الهادئة. ويقوم المعالج فى هذه الحالة بنمذجة الاستجابات الاكثر قوة.

واسلوب التدريب على التصعيد Escalation اقترحه ماكفول ومارستون ١٩٧٠وهو يساعد على زيادة ثقة العميل بنفسه ويؤدى إلى تعميم السلوك التوكيدى. غير أنه يبنغى على المعالج أن ينبه العميل بان يؤخر هذه الاستجابات الشديدة إلى المواقف التى تدعو لاستخدامها.

إذا عدنا إلى المثال الخاص بالضجيج يمكن أن يحدث الاتى:

العميل: يا اخوانى هل يمكن أن نكون أكثر هدوءاً؟ انى لا أستطيع أن اسمع مايدور. ويعتبر هذا التوجيه تصعيداً من المرتبة الأولى. وقد يعقبه هدوء فعلى أو اعتذار ممن يثيرون الضوضاء ثم يعقب ذلك هدوء. وقد لايحدث الهدوء بل وتكون النتيجة عكسية فتزداد الضوضاء أو يعلق أحدهم عليه بوقاحة.

وهنا يمكن أن يكون هناك تصعيد من المرتبة الثانية، فيقول العميل على سبيل المثال اسمعوا إذا لم تلتزموا الهدوء فانى سأذهب إلى المدير.

استخدام مدرجات السلوك:

رأيناعند الحديث عن طريقة التخلص التدريجى (المنظم) من الحساسية كيفية اعداد مدرجات خاصة بالمثيرات والمواقف التى تثير القلق أو المخاوف. وفى مجال التدريب التوكيدى فانه يمكن للمعالج أن يقوم باعداد مدرجات مماثلة ليستخدمها فى هذا النوع من العلاج. ويتم اعداد المدرج عن طريق اعداد فقرات تعبر عن المواقف التى يتعرض لها العميل حيث يطلب منه المعالج أن يعين لكل فقرة درجة تدل على مقدار ماتثيره فيه من غضب أوضيق. وفيما يلى مثال لهذا المدرج.

١- رئيسك يجلس إلى مكتبه، وقد كنت طوال الايام الثلاثة السابقة فى عمل اضافى وتود أن تنصرف اليوم ميكراً نصف ساعة عن الموعد المقرر لتحضر حفلا تقيمه المدرسة التى يدرس فيها ابنك، وقد توجهت إليه لتطلب منه الأذن لك فى الانصراف مبكراً.

٢- رئيسك المباشر يمر عليك فى صباح أحد الأيام وانت تجلس فى مكتبك. ورغم انك ملتزم ودقيق فى مواعيدك فانه يقول لك فى لهجة شديدة: هل تأخرت اليوم؟

٣- يلاحظ رئيسك (فى غير دقة) انك ومجموعة من زملائك تأخذون فترات راحة لتناول الشاى والقهوة بصورة متكررة عن المفروض.

٤- رئيسك يوجه الاتهام (ظلماً) إلى زميل لك بعدم الأمانة.

٥- بعد أن عملت فترة اضافية لمدة اسبوع، يطلب منك رئيسك أن تقوم بذلك مرة أخرى وأنت تود أن ترفض.

٦- تتقدم إلى رئيسك لتطلب منه ترقية مستحقة لك.

٧- تريد أن تخبر رئيسك انك إذا لم تحصل على الترقية فانك ستترك المؤسسة.

ويستفيد المعالج التوكيدى من هذه المدرجات بان يحدد نقاط البداية فى العلاج حيث يبدأ بتدريب العميل على المواقف التى تحدث أقل اثارة للقلق والتوتر لدى العميل ثم ينتقل إلى المواقف الاشد وهكذا.

التدريب التوكيدى الجمعى:

يمكن القول بأن التدريب التوكيدى قد يؤتى نتائج أفضل عند استخدامه فى اطار جماعات علاجية مما لو تم على اساس من التدريب الفردى. وفى المعتاد فان الجماعات العلاجية التى تعد لهذا الغرض تضم بين ٥، ١٠ أفراد فى الجلسة. ويعتمد التدريب فى هذه الحالة على اسلوب تكرار السلوك التى سبق الاشارة اليها. ويبدأ العمل بان يطلب المعالج من أحد الاعضاء أن يعرض المشكلة أمام المجموعة ثم يطلب منه المعالج أن يمثل أمامهم الاستجابة التى اعتاد أن يستجيب بها فى هذا الموقف حيث يتم تقويمها بطريقة غير منحازة وفى عبارات ودية بواسطة باقى اعضاء المجموعة. وبعد ذلك يبدأ المعالج بقوله: هيا نبحث معا كيف تكون الاستجابة التوكيدية المناسبة لهذا الموقف؟

ويمكن للمعالج أن يطرح اقتراحا بالاستجابة (السلوك) المناسبة كما يمكن للاعضاء (غير العضو الذى عرض المشكلة) أن يقترحوا أيضا الاستجابات التى يرونها مناسبة فى هذا الموقف. واذا اتفق الاعضاء على الاستجابة فان المعالج يبدأ فى اجراءات نمذجتها بواسطة عضو من الجماعة يتطوع لهذا الدور، أو يقوم المعالج بنفسه بأداء الدور المطلوب إذا لم يتقدم أحد الاعضاء للتطوع بالقيام بهذا الدور. غير أنه من المفضل أن يقوم أحد اعضاء الجماعة بذلك لان عمليه النمذجة تمثل فى حد ذاتها خبرة تعليمية. ويقوم المعالج بتعزيز النموذج فى ادائه للدور المنمذج.

ملحق رقم (١)

مقياس السلوك التوكيدى

اعداد

دكتور على حسين على بدارى **دكتور محمد محروس محمد الشناوى**

تعليمات

يهدف هذا المقياس الى التعرف على قدرتك على تأكيد ذاتك فى مواقف محددة.

يحتوى هذا المقياس على ٢٨ عبارة. والمطلوب منك أن تبدى رأيك الخاص فى كل عبارة من عبارات المقياس وذلك فى ورقة الاجابة المنفصلة. سوف تجد فى ورقة الاجابة المنفصلة أرقاماً تقابل العبارات فى المقياس نفسه، وامام كل رقم ستجد اختيارات للاجابة هى:-

"دائما" وتعنى انك موافق على العبارة إلى أبعد حد.

"كثيرا جدا" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد بعيد.

"كثيرا" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد قليل.

"نادرا" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد قليل.

"نادرا جدا" وتعنى انك غير موافق على العبارة إلى حد بعيد.

"ابدا" وتعنى انك غير موافق على العبارة اطلاقا.

المطلوب منك هو أن تقرأ كل عباره فى المقياس. ثم عبر عن رأيك بوضع علامة (X) تحت احدى متغيرات الاجابة التى تراها مناسبة لك وذلك فى ورقة الاجابة المنفصلة.

مثال:-

"العبارة"

"يبدو لى أن معظم الناس أكثر جرأه منى"

فاذا كنت نادرا ما ترى ذلك فضع علامة (X) تحـت كلمـة نـادرا، كمـا هو موضح بالنموذج التالى:-

نموذج لورقه الاجابه					
دائما	كثيرا جدا	كثيرا	نادرا	نادرا جدا	ابدا
			X		

عبارات المقياس

١- يبدو لى أن معظم الناس أكثر جرأه منى؟

٢- لقد ترددت فى مواقف كثيرة بسبب خجلى.

٣- عندما اكون فى مطعم ويقدم لى الطعام بشكل لايناسبنى فانى أخبر المسئول فى المطعم بذلك.

٤- احرص على أن اتجنب ايذاء مشاعر الآخرين حتى عندما أشعر أنى قد جرحت.

٥- عندما يعرض علىَّ البائع سلعه لاتروق لى فانى أجد حرجا فى عدم شرائها.

٦- عندما يطلب منى أن افعل شيئا فانى اصر على معرفه سبب ذلك.

٧- احيانا احب الاشتراك فى مناقشات جاده وابداء أرائى الخاصة.

٨- اتطلع إلى أن اكون جاداً شأن معظم الناس الذين فى مثل مكانى.

٩- احيانا أُستغل من بعض الناس.

١٠-استمتع ببدء المحادثات مع المعارف الجدد والغرباء.

١١٠-اتردد فى أن اتصل تليفونيا بالمؤسسات التجارية والهيئات.

١٢- افضل أن اتقدم لوظيفة أو للالتحاق بالجامعة من خلال المراسلات بدلا من اجراء مقابلات شخصية.

١٣-ارجاع سلعة سبق لى شرائها يسبب لى كثيرا من الارتباك.

١٤- إذا كان احد الاقرباء ممن احترمهم يسبب لى مضايقات فانى اكتم مشاعرى بدلا من التعبير عنها.

١٥- اتجنب توجيه اسئله خوفا من أن أبدو غبيا.

١٦- عندما اشترك فى مناقشة حاده، اخشى أن يتغير مزاجى واخسر كل شئ.

١٧- إذا ذكر محاضر مرموق معلومة اعتقد أنها خاطئه، فانى اعرض وجهه نظرى الخاصة على جمهور الحاضرين.

١٨- اتجنب مناقشة الاسعار مع البائعين.

١٩- عندما اقوم بعمل شئ هام، اسعى أن يعرف ذلك الآخرين.

٢٠- اعبر عن مشاعرى بصراحة.

٢١- إذا نشر شخص ما عنى قصص كاذبه فانى اسعى لمقابلته بسرعه واتحدث معه بشأنها.

٢٢- اجد مشقه فى أن اقول لا.

٢٣- اميل إلى كظم انفعالاتى بدلا من اظهارها.

٢٤- احيانا عندما يجاملنى شخص ما لا اجد ما اقوله له.

٢٥- إذا كنت فى محاضرة عامه ووجدت اثنين من الحاضرين يتحدثان مع بعضهما بصوت عالى اطلب منهما الالتزام بالهدوء.

٢٦- إذا حاول شخص أن يأخذ مكانى فى صف فانى اتشاجر معه.

٢٧- اعبر عن رأيى بسرعة.

٢٨- توجد اوقات اكف فيها عن الكلام.

(انتهى المقياس)

الفصل السادس

الاشراط الاجرائى
Operant Conditioning

يشير الاشراط الاجرائى إلى طريقة تجريبية خاصة لدراسة السلوك. وترتبط هذه الطريقة بشكل كبير باعمال عالم النفس الامريكى المعاصر ب.ف سكنر B. F. Skinner الذى انشق فى عام ١٩٣٨ على النمط السائد فى علم النفس واقترح اساساً نظريا للنظر إلى السلوك يحض الباحثين فى علم النفس أن يبدأوا فى التركيز على النتائج المشاهدة للسلوك.

وعلى حين كان علماء النفس المعاصرين لسكنر يرون أن السلوك المضطرب إنما يعبر عن اعراض لعدم الاتزان الداخلى للعقل وان السلوك اللفظى وغير اللفظى إنما هما نافذة للعقل، فان سكنر تبنى وجهة نظر مفادها أنه ينبغى على المعالجين النفسيين أن يتقبلوا السلوكيات التى يصفها مرضاهم كمشكلات على أنها سلوكيات متعلمة وليست كدليل على وجود شئ خاطئ يحدث فى عقل المريض.

وقد قدم سكنر نموذجا للسلوك البشرى اعتبر فيه أن البشر إنما هم كائنات عضوية تعمل اجرائيا فى بيئتها بطريقة تنتج أحداثا معينة، أى أن الاستجابات هى اجراءات operants واننا إذا لاحظنا الناس عن قرب فسوف نلاحظ أن سلوكهم يعقبه بانتظام احداث معينة تسمى معززات (مدعمات) أو مكافآت Reinforcars or Rewards وان معظم مشكلات السلوك إنما هى نتيجة للمعززات المرتبة ترتيباً غير دقيق. وعلى سبيل المثال فانه فى بعض الحالات لاتكون المعززات ظاهرة بشكل كاف وينقص السلوك الاجرائى للفرد للدرجة التى لايقوم فيها باداء جيد (مثلا يكون مكتئبا). أو أن البيئة قد تكون منظمة بحيث تعزز سلوكا تكون نهايته تدمير الذات (مثل تعاطى المخدرات) وان المجتمع إذا أعاد ترتيب العلاقات التعزيزية فان حياة الناس سوف تتحسن بشكل كبير. وقد طالب سكنر معاهد التعليم والاباء أن يركزوا

على التعزيز الايجابى للسلوك (الثواب) وان يقللوا من العقاب إلى ابعد حد. وسوف نناقش فيما يلى بعض المفاهيم التى تشتمل عليها نظرية الاشراط الاجرائى.

١- التعزيز (التدعيم) Reinforcament

إذا كان من شأن حدث يعقب استجابة ما أن تزداد معه احتمال حدوث هذه الاستجابة مرة أخرى سمى هذا الحدث اللاحق معززا أومدعما Reinforcer. فالتعزيز اذن عملية ينتج عنها تقوية أوزيادة للاستجابة التى جاء بعدها المعزز.

٢- العقاب Punishment

من جهة أخرى إذا كان من شأن حدث يعقب استجابة ما أن يقلل من احتمال تكرار حدوث الاستجابة سمى هذا الحدث اللاحق عقابا. فالعقاب اذن عملية ينتج عنها اضعاف أو توقف الاستجابة التى وقع بعدها العقاب.

٣- التعزيز الايجابى والتعزيز السلبى

Postivie Reinforcement and Negative Reinforcement

أ- التعزيز الايجابى:

عرفنا أن التعزيز عملية نتيجتها الابقاء على السلوك أوتقويته وزيادة احتمال حدوثه، وقد نتج ذلك عن اضافة شئ بعد حدوث السلوك (مثل التشجيع) وحينئذ نقول أن التعزيز ايجابى. فهو تعزيز بمعنى أنه قد ترتب عليه ازدياد السلوك (الاستجابة)، وهو ايجابى لأنه اشتمل على اضافه (شئ مرغوب بالنسبة للشخص) مثال ذلك إذا وجه المدرس سؤالاً إلى الطلاب اثناء الدرس ثم اختار احدهم ليجيب على السؤال فأجاب الاجابة الصحيحة فوجه إليه المدرس الشكر والثناء وكان من نتيجة ذلك أن ازداد معدل اجابات

هذا الطالب على الاسئلة التى وجهها المدرس فى المرات التالية، اعتبرنا أن كلمات الشكر والثناء التى وجهها له المدرس قد عملت كمعززات ايجابيه لسلوك الاجابة على الاسئلة فهى معززات لانها ساعدت على تكرار الاستجابة وهى ايجابيه لانها اشتملت على اضافة شئ مرغوب (الثناء) ويجب أن نلاحظ هنا أن اعتبار الحدث الذى اعقب الاستجابة سارا يتوقف على ادراك الفرد الذى نعزز سلوكه على أنه سار (مرغوب).

ب- التعزيز السلبى:

إذا أحس شخص بألم فى رأسه ونصحه زميل له بتناول دواءً مسكنا للصداع (الأسبرين مثلا) ونتج عن تناول هذا الدواء أن زال الألم وازداد تناول هذا الشخص للأسبرين نتيجة لذلك، فان زوال الألم يعتبر معززا سلبيا Negative Reinforcer. فهو معزز لأنه ترتب عليه ازدياد الاستجابة (تناول الاسبرين) وهو سلبى لأنه اشتمل على استبعاد شئ أوحدث غير مرغوب (أومنفر) وهو الالم أو الصداع. واعتبار الحدث غير المرغوب أو غير سار فى هذه الحالة يتوقف على وجهة نظر الفرد.

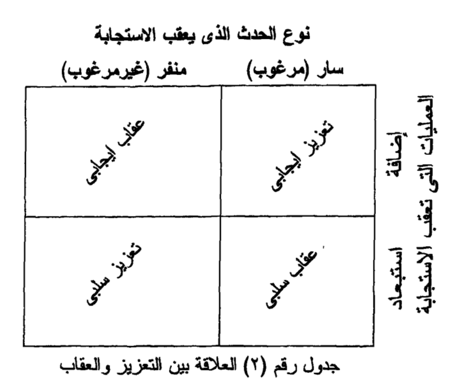
٤ ـ العقاب الايجابى والعقاب السلبى:

Postitive Punishment and Negative Punishment

ذكرنا من قبل أن العقاب ينتج عنه نقصان أو اضعاف أوتوقف للاستجابة التى وقع بعدها، فاذا اشتمل العقاب على اضافة شئ غير سار (مؤلم) مثل الضرب أو التوبيخ سمى عقابا ايجابيا، واذا اشتمل على استبعاد شئ سار (مرغوب) مثل الامتداح أوالمكافأة أو الاشتراك فى انشطة ترويحية فانه فى هذا الحالة يعتبر عقابا سلبيا وكمثال على ذلك إذا كان الطفل يقضى معظم وقته فى اللعب فى الشارع وعاقبه والده بالضرب أو بالتوبيخ الشديد

ونتج عن ذلك توقفه عن اللعب أو التقليل منه إلى حد بعيد اعتبرنا الضرب أو التوبيخ فى هذه الحالة عقابا ايجابيا، فهو عقاب لأنه قلل استجابه اللعب وهو ايجابى لأنه اشتمل على اضافه شئ غير سار أو غير مرغوب للطفل وهو الضرب أو التوبيخ أما إذا اتبع والد هذا الطفل اسلوبا آخر مثل عدم التحدث مع الطفل لفترة قصيرة، أو حرمانه من جزء من مصروفه اليومى أو من مصاحبته فى نزهة نهاية الأسبوع وكان من نتيجة ذلك اقلال الطفل من اللعب فى الشارع أو التوقف عنه فاننا نسمى الاجراء الذى قام به الوالد (مثلا الحرمان من جزء من المصروف اليومى) عقابا سلبيا. فهو عقاب لأنه نتج عنه نقص السلوك (اللعب) أوتوقفه، وهو سلبى لأنه اشتمل على استبعاد شئ سار وهو التحدث مع والده أو النزهه أو المصروف اليومى.

ويوضح جدول رقم ٢ العلاقة بين التعزيز الايجابى والتعزيز السلبى والعقاب الايجابى والعقاب السلبى.



جدول رقم (٢) العلاقة بين التعزيز والعقاب

ويتضح من هذا الجدول مايلى

١- أن ظهور حدث سار (مرغوب) بعد الاستجابة وزيادتها نتيجة له يعرف بالتعزيز الايجابى.

٢- أن ظهور حدث غير سار (غير مرغوب أو منفر) بعد الاستجابة ونقصانها نتيجة له يعرف بالعقاب الايجابى.

٣- أن استبعاد حدث سار (كان موجودا) بعد السلوك ونقصانه نتيجة لذلك يعرف بالعقاب السلبى.

٤- أن استبعاد حدث غير سار (كان موجودا) بعد السلوك وزيادته نتيجة لذلك يعرف بالتعزيز السلبى. وبصفة عامة يجب أن نتذكر دائما أن التعزيز يؤدى إلى ذيادة الاستجابة وان العقاب هو مايؤدى إلى نقصان

أنواع المعززات:

المعززات هـى الأحداث أو الاشياء التى تعقب السلوك (الاستجابة) ويترتب عليها زيادة هذا السلوك. والمعززات قد تكون أولية أو تكون ثانوية. فالمعززات الأولية Primary reinforcers هـى عوامل أو احداث اكتسبت قيمتها التعزيزية بدون تدريب خاص لأنها تمثل اشباعات لحاجات أولية، ومن مثل هذه المعززات: الماء، والطعام وغيرها من الأشياء التى تعتبر ضرورية وحيوية لوجود الحياة، فهذة لها قيمة تعزيزية تلقائية بشرط أن يكون هناك حاجة للمحافظة على الحياة، فاذا لم توجد حاجة من حاجات حفظ الحياة (مثل الجوع والعطش) فان هذه المعززات تفقد قوتها التعزيزية. أما المعززات الثانوية فهى أحداث لاحقة (نتائج) تعقب الاستجابة ويكون لها قوة تعزيزية (أى تزيد الاستجابة) نتيجة لاقترانها (أى المعززات) فيما مضى مع معززات أولية، أى نتيجة لخبرة تعليمية مشروطة. فمثلا الامتداح والمال والالتفات تعتبر احداثا لها قيمة تعزيزية متعلمة نتيجة لكونها قد عرضت من قبل مقترنة بمعزز أولى. وتتحدد قيمة وتصنيف حادث لاحق على أنه معزز ثانوى من منطلق فردى وتتوقف على الخبرات التعليمية السابقة للفرد. بل أن القيمة التعزيزية لمعزز ما قد تختلف من موقف لآخر بالنسبة للفرد نفسه.

أن الأحداث اللاحقة أو النتائج التى تعقب الاستجابة وتستخدم لتعزيزها قد تكون سارة (أومرغوبة) Pleasurable أو قد تكون منفرة (غير مرغوبة) Aversive ويتوقف النظر إلى المعزز على أنه سار أوغير سار على الخبرات التعليمية لكل فرد على حدة. بل أن هذه النظرة تختلف باختلاف المواقف لنفس الفرد. فقد يكون الالتفات أو الاهتمام خبره سارة بالنسبة لعميل على حين تكون خبره مضايقة أو غير مرغوبه بالنسبة لعميل آخر (مثلا

الشخص الخجول) وقد يمثل خبرة سارة بالنسبة للعميل فى موقف وخبرة غير سارة فى موقف آخر لنفس العميل.

العوامل التى تؤثر على التعزيز

تتوقف النتائج التى يحدثها التعزيز على عدة عوامل منها الوقت الذى ينقضى قبل ظهور المعزز، واهمية ونوعيه المعـزز وكذلك جداول التعزيز وسوف نناقش فيما يلى هذه العوامل

أ ـ الفترة بين ظهور الاستجابة وظهور المعزز:

أن الاستجابات التى تقع فى وقت ظهور معززاتها يكون تعلمها أحسن من الاستجابات التى يفصلها زمن طويل عن المعززات (كمبل ١٩٦١، سكنر ١٩٥٣) وبالتالى فانه من الأفضل أن يكون المعزز تاليا للاستجابة المستهدفة مباشرة حتى نزيد من آثر التعزيز واذا لم يقدم المعزز عقب الاستجابة فانه قد تحدث استجابات أخرى فى هذه الفترة تختلف عن الاستجابة المستهدفة (أوالمرغوبة) ويتم تعزيزها.

ويعتبر التعزيز الفورى أمرا هاما فى المراحل الأولى من برنامج تعديل أو علاج السلوك عندما تكون الاستجابة المستهدفة فى مرحلة التكوين. وبعد أن يستقر أداء الاستجابة يمكن أن نباعد بين فترات الاستجابة وتقديم المعززات دون أن يترتب على ذلك نقص فى الاستجابة، وعلى سبيل المثال فان المدرس يقوم بمنح علامات (درجات) أو جوائز للإجابة الصحيحة للطلاب أولقيامهم بعمل الواجب المنزلى وذلك بصفة يومية. ثم بعد أن يستقر السلوك المرغوب (مثلا عمل الواجب) فانه يمكن أن يعطى المكافأة كل يومين أو فى نهاية الأسبوع دون أن يحدث نقصان فى السلوك. أما إذا تأخر التعزيز فى بداية تكوين السلوك المرغوب فأن هذا السلوك قد لايحدث

بالسرعة التى يحدث بها لواعطى التعزيز فورا. وعلى سبيل المثال قد يطلب أحد المدرسين فى بداية العام الدراسى من التلاميذ حل بعض التمرينات كواجب منزلى ولكنه يتأخر فى تصحيحها ويتركها تتراكم وهنا سنجد أن بعض الطلاب قد تراخوا فى عمل الواجبات بانتظام. غير أنه كما سبق القول فانه عندما يستقر السلوك المرغوب يصبح من المناسب أن تؤخر التعزيز شيئا فشيئاً بأن نباعد بين ظهور السلوك وبين التعزيز وبشكل تدريجى حتى لايصبح السلوك معتمدا بصفة دائمة على ظهور التعزيز الفورى. وفى الحياة العملية نجد أن كثيرا من نتائج السلوك (المعززات) تتأخر فى الظهور ومثال ذلك الانجازات، الأجور، الدرجات، الشهرية، والجوائز وهى تظهر عادة بعد سلسلة طويلة من الاستجابات.

ب- أهمية وكمية المعزز:

هناك علاقة بين كمية التعزيز الذى يحصل عليه الفرد وبين درجة أداء الاستجابة. فكلما زادت كمية المعزز الذى يحصل عليه الفرد عن استجابة ما زاد تكرار هذه الاستجابة. غير أن هذه العلاقة لاتمضى بغير حدود ذلك لان المعزز يفقد قيمته إذا أعطى بكميات كبيرة زائدة، ويعرف ذلك باسم التشبع أو الاتخام Satiation، وتحدث هذه الظاهرة بصفة خاصة مع المعززات الأولية مثل الطعام والشراب ثم تفقد هذه الاشياء قيمتها التعزيزية فى وقت قصير بل قد تصبح منفرة. كذلك فان المدعمات الثانوية قد تعانى من ظاهرة التشبع ولكن ذلك يحدث اقل مما يحدث بالنسبة للمدعمات الأولية. ويمكن أن تستعيد المدعمات خاصتها التدعيمية عندما يحدث نوع من الحرمان. وهناك مدعمات لاتتأثر بظاهرة التشبع مثل المال، ويرجع ذلك إلى أن المال قد أشرط مع كثير من المعززات.

أما تأثير كمية المعزز على السلوك فانه يتوقف على حالة الشبع والحرمان التى يخبرها الفرد بالنسبة لهذا المعزز. فاذا كان المعزز متوفر بكثرة للفرد (مثلا النقود) فانه فى هذه الحالة لايكون مؤثرا كمعزز. واذا كان الفرد لديه حرمان جزئى من شئ ما فان الكمية المطلوبة منه لتعزيز سلوك ما لدى الفرد لاتكون كبيرة. وبصفة عامة فان هناك اشياء كثيرة لاتتوفر بشكل مطلق للأفراد ويمكن استخدامها كمدعمات نتيجة لوجود حرمان مؤقت منها مثل اتاحة وقت حر للتلاميذ أو السماح للابناء باللعب لفترة مع أولاد الجيران، أو اصطحاب الأبناء فى نزهات.

جـ - جداول التعزيز Schedules of Reinforcment

يقصد بجداول التعزيز تلك القاعدة التى تحدد عدد الاستجابات أو أيها سوف يتلقى التعزيز. وعادة فان المعززات تقدم تبعا لجدول ما. ويسمى الجدول تعزيزا متصلا (مستمرا) إذا كان المعزز يظهر فى كل مرة تحدث فيه الاستجابة. وعلى سبيل المثال فانه لتدريب الاطفال المتخلفين عقليا على اداء سلوك معين فانهم يكافأون فى كل مرة تظهر فيها الاستجابة المطلوبة.

ويسمى جدول التعزيز، تعزيزا متقطعاً إذا كان المعزز يظهر بعد أداء عدد من الاستجابات. وقد يكون هذا العدد ثابتا فى كل مرة أو قد تختلف بين مرة وأخرى مثلا تتزايد بنسبة معينة. كما قد يكون ظهور المعزز بعد كل فترة زمنية معينة. مثل كل يومين أو كل اسبوع الخ.

ومن مميزات جداول التعزيز المتصل أن التعلم يحدث بسرعة ولكنه يكون ضعيفا نسبيا فيحصل انطفاء السلوك عندما يتوقف التعزيز. أما فى حالة جداول التعزيز المتقطع فان التعلم (اى اكتساب السلوك) يحدث ببطء نسبيا ولكنه يكون أكثر قوة، وعندما يتوقف التعزيز لايحدث انطفاء للسلوك بسهولة.

ولكى نساعد العملاء على اكتساب تعلم قوى فى برامج العلاج السلوكى قد نلجأ فى البداية إلى استخدام جداول تدعيم متصل مما ينتج عنه سرعة اكتسابهم للسلوك المرغوب ثم بعد ذلك تستخدم جداول تعزيز متقطع مع اطاله الفترات أوزيادة عدد الاستجابات التى يتم التعزيز فى أعقابها تدريجيا حتى تساعد على استقرار السلوك المكتسب.

د- التعزيز الصريح والتعزيز الضمنى:

قد يتساءل البعض عما اذ كان تعزيز استجابة ما لدى الفرد يجعل هذا الفرد خاضعا للمعزز أو يجعل من هذه الاستجابة أمرا معلقا بصفة دائمة على التعزيز فاذا توقف التعزيز انطفأت الاستجابة. وفى الواقع فان هذا لايحدث بهذه الكيفية. فالسلوكيات الجديدة التى يقوم بها الفرد تتلقى تعزيزا من الأخرين طالما كانت مرغوبة (وليس فقط من المعالج) كما أنها تتلقى تعزيزا فى المواقف الجديدة التى تحدث فيها.

ولكى نجعل العميل لاينتظر التعزيز ليقوم بسلوك ما، فان هناك عدة اساليب يمكن للمعالج أن يتبعها ومنها على سبيل المثال التدرج الشديد فى استبعاد المعززات الصريحة التى كونت علاقة مع السلوك (الاستجابة) المرغوبة. ونتيجة لهذا تتكون لدى الفرد تعزيزات ضمنية (داخل الفرد نفسه) مثل مشاعر الفخر وتقبله الخاص لسلوكه (رضائه عن سلوكه) أوربما الاستمتاع باداء السلوك المرغوب.

وفى الواقع العلمى فاننا نجد كثيراً من السلوكيات المرتبطة بممارسة الهوايات أو بالسلوك الاجتماعى والدينى يعتمد على التعزيز من داخل الفرد قبل الوصول إلى التعزيز الخارجى. (مثلا أقامة المعارض، تلقى جوائز، علامات الرضا من الآخرين)..

٤- الانطفاء Extinction

يقصد بالانطفاء ذلك الأسلوب الذى يتوقف فيه سلوك معين نتيجة لتوقف تعزيزه. ويعتبر من قبيل الانطفاء التوقف عن اثابة السلوك بالمكافآت والجوائز أو التوقف عن الالتفات للسلوك إذا كان هذا الالتفات أو الاهتمام يعمل كمعزز للسلوك، وفى الواقع العملى نجد أن كثيرا من السلوكيات غير المرغوبة أو غير التكيفية تقوى نتيجة للاثار التعزيزية للالتفات. فالاباء والمدرسون قد يستديرون للالتفات إلى الاطفال أويرمونهم بنظرات قاسية أوقد يصرخون فيهم عندما يأتون بتصرفات غير ملائمة أملا منهم فى التخلص من هذه التصرفات، ولكن قد يحدث أن تأتى مثل هذه التصرفات من الاباء أو المدرسين بنتائج عكسية فيزداد السلوك والتصرفات غيرالمرغوبة من جانب الاطفال. وعندما يتوقف الاباء أو المدرسون عن عملية الالتفات هذه نجد أن السلوك غير الملائم قد توقف عند الاطفال. ويجب أن ندرك أنه ليس بمجرد توقف الاباء عن سلوكهم فان الاطفال سيقلعون عن تصرفاتهم فورا وانما قد يحدث فى البداية أن تزداد هذه السلوكيات السيئة من جانب الاطفال ثم تأخذ بعد ذلك فى التناقص التدريجى نتيجة اختفاء التعزيز وهو مايعرف بالانطفاء. وقد تحدث ايلون وميشيل (١٩٥٩) Ayllon & Michaal عن محاولة قاما بها مع مريض ذهانى باستخدام اسلوب الانطفاء حيث اشتملت التجربة على تدريب الممرضات ألايعيروا أى انتباه للمريض عندما يبدأ فى الكلام الهذائى.

كذلك عرض ويليامز (١٩٥٩) Williams تجربة لاستخدام اسلوب الانطفاء مع طفل عمره ٢١ شهراً كان أبواه يضطران للبقاء إلى جوار سريره فترة تصل إلى ساعتين كل ليلة عندما يذهب للنوم فاذا تركاه بكى بكاءً شديداً قد يستمر إلى ساعتين وكانت التجربة تقضى بوضع الطفل فى

سريره واغلاق الباب وعدم فتحه مهما صرخ الطفل. وقد نتج عن هذه التجربة أن توقف سلوك البكاء لدى الطفل خلال عشرة أيام.

٥ ـ التشكيل: Shaping

يقصد بالتشكيل القيام بعميلة تعزيز للتقريبات المتتابعة للسلوك النهائى. ومعنى ذلك أن يجزأ السلوك المرغوب إلى اجزاء صغيرة بحيث يمكن تغيير السلوك فى حدود الوقت الذى يعزز فيه.

ومن الامثلة المعروفة لاستخدام اسلوب التشكيبل مايقوم به مدربو الحيوانات على القيام ببعض الحيل أو الالعاب فلو أن المدرب انتظر حتى يقوم الحيوان بالاستجابة فان انتظاره قد يطول وربما لاتحدث الاستجابة المرغوبة على الاطلاق، ولكن باستخدام اسلوب التشكيل فان المدرب يمكن أن يصل إلى الهدف النهائى، ففى البداية يمكن أن يدعم المدرب استجابة الجرى نحو المدرب وذلك باعطاء الحيوان بعض الطعام، وعندما تصبح استجابة الجرى نحو المدرب مستقرة فان المدرب يقوم بتعزيز استجابة أخرى مثل جرى الحيوان نحوه وهو ممسك بطوق غير مشتعل ثم يتابع تعزيز الخطوات التى تقرب الحيوان من السلوك النهائى المطلوب على التوالى والتى تشتمل على المرور من الطوق وهو فوق الأرض ثم القفز من الطوق وهو على ارتفاع منخفض من الأرض ثم على ارتفاع أكبر ثم القفز من خلال الطوق وهو مشتعل بالنار بشكل جزئى ثم أخيراً القفز من الطوق وهو مشتعل تماما. والذى يحدث فى النهاية هو أن المدرب يعزز الاستجابة النهائية (أى القفز من الطوق وهو مشتعل) التى تتكرر على حين أن الخطوات السابقة التى مرت بها عملية التدريب تنطفئ لانها لاتلقى تعزيزا.

وقد استخدم اسلوب التشكيل فى تدريب الصقور والبازى وكلاب الصيد منذ القدم والى هذا يشير القرآن الكريم

"وما علَّمتُم من الجوارِحِ مُكَلِّبِينَ تُعلِّمُونَهُنَّ مِمَّا علمكم اللَّهُ" (المائدة: ٤)

وفى الوقت الحاضر فان المعالجين السلوكيين يستخدمون اسلوب التشكيل بشكل واسع فى تدريب الاطفال وكذلك الاشخاص المتخلفين عقليا على القيام بالسلوك المرغوب. ويستخدم هذا الاسلوب فى عيادات علاج عيوب الكلام خاصة مع الاطفال.

٦. التسلسل: Chaining

يتشابه التسلسل مع التشكيل فى أنه يعتمد على تجزئة السلوك أوما يعرف ببرنامج التقريب المتتابع **Succassive Approximatin Program** والذى يرمز له عادة بحروف (SAP) حيث يتم التدريب على كل جزء من أجزاء السلوك النهائى باستخدام التعزيز.

وتبدأ عملية تسلسل السلوك بترتيب السلوكيات فى التتابع الذى نراه مناسبا، كما هو موضح بالشكل وهى خاصة بتدريب الطفل على ارتداء ملابسه.

السلوك أ ←	السلوك ب ←	السلوك جـ ←
ارتداء السروال	ارتداء الفانلة	لبس الجورب
← السلوك د ←	السلوك هـ ←	السلوك و
ارتداء البنطلون	ارتداء القميص	لبس الحذاء

أما الخطوة الثانية فتشتمل على هذه السلسلة خطوة خطوة مثلا نقول للطفل الآن سأعلمك كيف ترتدى ملابسك ثم نساعد الطفل (كلما دعت حاجة لذلك) فى إكمال هذه الخطوات حتى يصل إلى السلوك الأخير (السلوك "و" فى مثالنا) وعند هذه الخطوة نشجعه على اتمام هذا السلوك بنفسه ثم نكافئه

بالثناء وكذلك بمكافأة مادية (مثـلا قطعـة مـن الحلـوى) علـى اتمامـه الخطـوة الأخيرة (سلوك و) ونقول له مثلا: تمام لقد اتممت ارتداء ملابسك – ممتاز

وفى الجلسات التالية فاننا نتقدم فى التتابع متجهين إلـى الخلـف –حيث نساعده فى الخطوت نفسها حتى نصل إلى الخطوة قبل الأخيرة (السلوك هـ) ثم نشجع الطفل على اتمام الخطوتين هـ، و بـالترتيب ونكـافئ الطفـل بمجـرد أن يكمل السلوك الأخير ونقول له من جديد ممتاز لقد اتممت ارتداء ملابسك.

ويستمر هذا الاسـلوب عـن الطريـق اضافـة سـلوك مـن السلسـلة حتـى نصل فى النهاية إلى السلوك أو الخطوة الأولـى (السـلوك أ) مـع ملاحظـة أن تكون المكافـأة (التعزيـز) عنـد اتمـام الخطـوة الأخيـرة (السـلوك و) أى اتمـام ارتداء الملابس.

ويعتبر اسلوب التسلسل ذا أهمية فى تعليم السلوكيات المركبة وخاصـة للاطفال ولاننا لانعطى المكافأة إلا مع آخر خطوة فى السلوك فان المعالج أو المدرب عليه أن يشجع الطفل بعد اتمام كل خطوة وان تكون المكافأة الماديـة (مثل الحلوى أو اللعب) فى النهاية وفى بعض الاحيان كما يحدث على سـبيل المثال فى العمل مع المتخلفين عقليا فان بعـض الخطـوات السـابقة قد تحتـاج إلى تقسيم من جديـد إلـى خطـوات ويصبـح علينـا فـى هـذه الحالـة أن نـدرب الطفل أولاً على كل مهمة بطريقة التشكيل على سـبيل المثـال التدريـب علـى لبس السروال وعلى لبس الفانلة والتدريب على لبس الشراب وهكـذا ثـم نبـدأ فى تشكيل سلوك ارتداء الملابس كلها على النحو المذكور.

ومايميز التسلسل عن التشكيل هو اننـا فـى التشـكيل نبـدأ بـأول خطـوة ونعززها ثم ننتقل إلى الخطوة الثانية حيث يقوم الشخص بالخطوتين ثم نعزز الخطوة الأخيرة وهكذا . أى اننا ننتقل فى اتجاه متقدم أما فـى حالـة التسلسل

فان آخر خطوة هى التى تعزز دائما ومنذ البداية كما أن التتابع يسير إلى الوراء من الخطوة الأخيرة إلى الخطوة الأولى مع المحافظة على تعزيز آخر خطوة فقط.

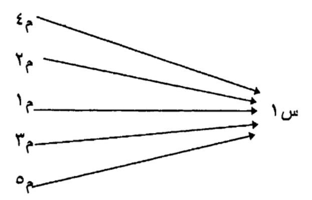
٧- التعميم: Generalization

يحدث التعميم عندما يمتد اثر تعزيز سلوك ما إلى ظروف أخرى غير التى حدث فيها التدريب أى إلى مواقف أخرى أو يمتد إلى سلوكيات أخرى غير التى تناولها البرنامج. ويعرف التعميم الذى يميز فيه اثر التعزيز إلى مواقف أخرى بتعميم المثير" Stimulus generalization أما التعميم من النوع الثانى والذى يمتد فيه اثر التعزيزالى استجابات أخرى فانه يعرف "بتعميم الاستجابة" Response Generalization.

أ- تعميم المثير:

من المعروف أن السلوك يحدث فى مواقف معينة، وبذلك فان الاستجابة التى يتكرر تدعيمها فى موقف معين من المحتمل أن يتكرر حدوثها فى ذلك الموقف غير أنه من الملاحظ فى الحياة العامة الواقعية أن المواقف والمثيرات غالبا ماتكون بينها خصائص مشتركة وبذلك فان الضبط الذى يحدث من مثير أوموقف معين قد يشترك معه فيه مثيرات أخرى مشابهة له أو تربطها به خصائص مشتركة (سكنر ١٩٥٣) بذلك فان السلوك الذى كان يحدث فى الموقف الأول يمكن أن يحدث فى مواقف جديدة مشابهة للموقف الأصلى الذى حدث فيه التعزيز. فاذا كانت الاستجابة قد تلقت تعزيزاً فى موقف ما أو فى مكان ما يزداد حدوثها ايضا فى مواقف أخرى رغم عدم تعزيزها فى هذه المواقف فان ذلك يطلق عليه تعميم المثير والذى يعنى تعميم أو نقل الاستجابة إلى مواقف غير تلك التى حدث فيها التدريب.

فـاذا رمزنـا للاستجابة بـالرمز س١ وللمثيرات بـالرمز م١، م٢، م٣، م٤، م٥، فان الشكل التالى يوضح لنا فكرة تعميم المثير.



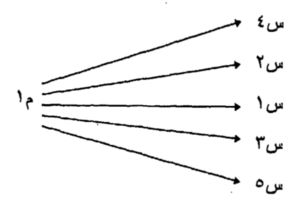
وتتوقف درجة تعميم المثير علـى مـدى تشـابه المثـيرات الجديـدة (المواقف) مع المثير (الموقف)الذى تم تدريب الاستجابة فيه. وبـالطبع فانـه فى المدى البعيد فـان الاستجابة قد لاتعمم عبر المواقف لان الفرد يصبح قادرا على التمييز بين المواقف التى تعزز فيها الاستجابة وتلك التـى لاتتلقى تعزيزا.

وهناك امثلة كثيرة لتعميم المثير من واقع الحياة اليومية، فنجد أن الطفل قد يقول اشياء معينة فـى وجـود افـراد أسرته ومناقشتة لهذه الأشياء يعزز (أوعلى الاقل لايتلقـى عنـه عقابـا) مـن جـانب افـراد الأسرة, غير أن مايحدث هو أن الطفل يناقش ايضا هذه الأمـور فـى وجـود ضيـوف للاسـرة ذلك أن سلوك الطفل قد عمم إلى مواقف أخرى. وكذلك نجد أن بعض الأطفال حديثى العهد بالمدرسة يستجيبون للمدرس بنفس الطريقـة التـى يستجيب بهـا لوالـده وتكـون هـذه الاستجابة أكـثر تشـابهاً كلمـا زاد تشـابه المدرسين مع الآباء.

أن تعميم المثير تعتبر مسألة هامة جداً فى تعديل السلوك، فالتدريب أو العلاج يتم عادة فى موقف أو مكان معين مثل حجرة الدراسة أو المنزل أوالمستشفى أو المعهد. ومن المرغوب فيه أن تعمم السلوكيات التى ننميها لدى العملاء فى تلك المواقف إلى مواقف أخرى وفى وجود اناس آخرين غير المعالج.

ب- تعميم الاستجابة:

قد يحدث عندما تتغير استجابه شخص ما أن تتأثر استجابات أخرى لديه. فعلى سبيل المثال لو امتدحنا شخصا لتبسمه فانه قد يزيد من معدل الضحك بل والكلام أيضاً ويرجع ذلك إلى أن تعزيز استجابة ما يزيد من احتمال حدوث استجابات اخرى مشابهه للاستجابة الأولى المعززة (سكنر ١٩٥٣) وهذا هو ما يعرف بتعميم الاستجابة. وكلما زاد الشبه بين الاستجابة غير المعززة والاستجابة المعززة فان احتمال حدوث الاستجابة المشابهة يزداد. ويوضح الشكل التالى عملية تعميم الاستجابة. حيث يشير م١ إلى موقف المثير الذى يحدث فيه تدريب على الاستجابة (الموقف) بينما س١ تشير إلى الاستجابة المعززة. ورغم أن هناك استجابة واحدة يتم التدريب عليها فى الموقف وهى س١ فان هناك استجابات أخرى س٢، س٣، س٤، س٥ وهى استجابات مشابهة للاستجابة المعززة يمكن أن تظهر فى ذلك الموقف أى أن هناك ابدال يقترن عادة بتغيرات فى السلوكيات الأخرى كذلك.



وعلى سبيل المثال فقد اتضح من احدى الدراسات التى اشتملت على محاولة قمع السلوك اللفظى غير المناسب لدى طفل متخلف عقليا عمره عشر سنوات عن طريق العقاب بالحرمان لمدة دقيقتين من النشاط، وقد ينتج عن ذلك بجانب التغير فى السلوك اللفظى تغيراً فى السلوكيات الاجتماعية مثل الاشتراك فى الانشطة والبدء بالحديث مع الآخرين. وتفسر لنا ظاهرة تعميم الاستجابة تلك التغيرات التى تطرأ على الاستجابات التى لم تكن مستهدفه بالتعديل فى العلاج.

٨- التمييز: Discrimination

قلنا أن السلوك الاجرائى يتأثر بالنتائج التى تعقب السلوك أى بالمعززات أو العقاب فيزداد حدوثه بوجود معززات ويقل بوجود عقاب. ومع ذلك فان الأحداث التى تقع قبل السلوك أو الاستجابة يكون لها سيطرة على السلوك أو قوة ضبط عليه. ومن مثل هذه الاحداث: التوجيه البدنى، النماذج، والتعليمات اللفظية،والتعليمات التى تسبق الاستجابة وتسهل اداءها. كذلك نجد احداثا سابقة تفرض ضبطا على السلوك ففى بعض المواقف (او فى وجود بعض المثيرات) قد تعزز الاستجابة بينما فى مواقف اخرى (فى وجود مثيرات أخرى) فان نفس الاستجابة لاتلقى تعزيزا. ويعرف ذلك بالتعزيز الفارق Differential Reinforcement وبذلك فعندما نعرز استجابة فى وجود مثير ما ولانعززها فى وجود مثير آخر لفترة من الزمن، فان كل مثير يشير إلى النتائج التى يتوقع أن تعقب الاستجابة. فالمثير الذى يوجد عندما تلقى الاستجابة تعزيزاً يشير إلى أن أداء هذه الاستجابة من المحتمل أن يلقى التعزيز فى وجوده. وعلى العكس من ذلك فان المثير الذى يوجد فى حالة عدم التعزيز يعطى اشارة إلى أن الاستجابة لايتوقع أن تعزز. وعندما يستجيب الفرد بطريقة مختلفة فى وجود مثيرات مختلفة فانه يكون حينئذ قد

قام بالتمييز. وعندما تضبط الاستجابة عن طريق الاحداث السابقة عليها (المثيرات) نقول أن السلوك تحت ضبط المثير.

فاذا رمزنا إلى المثير الذى فى وجوده يظهر التعزيز بالرمز م ف والى المثير الذى ارتبط بعدم التعزيز بالرمز م ص، فان تأثير التعزيز الفارق هو أن الاستجابة التى تلقت تعزيزا نتوقع أن تحدث فى وجود المثير م ف ولايتوقع أن تحدث فى وجود م ص، ويمكن تعديل احتمال حدوث الاستجابة بالزيادة أو النقص بتقديم أواستبعاد المثير المعزز م ف. وهناك أمثلة عديدة على ضبط المثير stimulus Control فى الحياة اليومية. فصوت جرس الباب يشير إلى أن سلوكا معينا (فتح الباب) من المحتمل أن يُعزز (برؤية شخص ما) وبصفة خاصة فان صوت الجرس قد ارتبط بشكل متكرر بوجود الزائرين أو الضيوف على الباب (المعزز) ومن شأن صوت الجرس (م ف) أن يزيد احتمال أن يفتح الباب، وفى غياب صوت جرس الباب فان احتمال القيام بفتحة يصبح ضيئلا. ويماثل صوت جرس الباب جرس التليفون وساعة التوقيت فى المواقف والاحزان وغيرها وكل هذه الاصوات تعمل كمثيرات مميزة تشير إلى احتمال تعزيز استجابة معينة. ومن امثلة ضبط المثير ايضا أن الفاكهة الناضجة مثلا التفاح الأحمر والبرتقال الاصفر ترتبط بالمذاق الحلو بينما التفاح الأخضر غير الناضج أو البرتقال الاخضر فلهما مذاق حمضى لاذع. فالمذاق الحلو للتفاح الناضج يعزز اختيار واستهلاك التفاح الأحمر، وبذلك فان لون الفاكهه يعتبر مثيرا يضبط الاحتمال الخاص بتناول فاكهة معينة فى المستقبل. كذلك ابتسامة يوجهها شخص ما لآخر قد تسمح باستجابة اجتماعية من جانبه مثل بدء الحديث مع هذا الشخص على حين أن تكشيرة أو تجهم من شخص تجعلنا ندرك أن تعاملنا الاجتماعى مع هذا الشخص لن يلقى تعزيزا.

ويعتبر ضبط المثير (تمييز المثير) من القواعد الهامة في برامج تعديل وعلاج السلوك، ففي كثير من هذه البرامج يكون الهدف هو تبديل العلاقة بين السلوك وظروف المثير التي يحدث فيها هذا السلوك. وتنشأ بعض مشكلات السلوك نتيجة اخفاق مثيرات معينة في ضبط السلوك (عدم التمييز) رغم أن هذا الضبط يكون مرغوبا فالاطفال الذين لاينفذون تعليمات آبائهم إنما يكون سلوكهم هذا نتيجة غياب ضبط المثير. أي أن هذه التعليمات لم يعد لها تأثير على سلوك الاطفال. ويكون هدف برنامج تعديل السلوك أن نزيد من استجابتهم للتعليمات. كذلك نجد أن بعض السلوكيات تخضع تماما لما يسبقها من احداث (مثيرات)، وعلى سبيل المثال فان بعض الاشخاص الذين يعانون من شره في تناول الطعام إنما يتناولون الطعام لمجرد رؤية منظره وليس نتيجة لجوع حقيقي. وعند علاج هؤلاء الافراد فاننا نركز على استبعاد الضبط الذي اكتسبه منظر الطعام (المثير) على سلوك الأكل.

أن الافراد يقومون بسلوك مختلف تحت ظروف متشابهة مع وجود مثيرات تختلف قليلا نتيجة لقدرتهم على التمييز وكنتيجة لوجود عملية ضبط من جانب المثير الذي يميزونه على السلوك. ومن الامثلة على ذلك مانشاهده في المدارس الابتدائية من أن التلاميذ يحتفظون بهدوئهم حين يكون المدرس داخل حجرة المدرسة بينما لايفعلون ذلك وهو خارج الحجرة حتى لوكان واقفا على باباها. والموظف يهتم برضاء رئيسه في العمل ولايهتم برضاء غيره ممن هم في نفس المستوى الوظيفي لرئيسه.

وفي مجال العلاج السلوكي فان التدريب على السلوك التوكيدي Assertion يقوم على اساس استخدام مهارات التمييز لدى العملاء كجزء من عملية الارشاد حيث يتم تدريب العملاء على التعرف على المؤشرات

المختلفة فى المواقف المتنوعة والتى تستدعى استخدام مهارات السلوك التوكيدى.

٩- التلقين Prompting

يشبه التلقين باعتباره مبدأ من مبادئ التعلم ذلك التلقين الذى يحدث فى المسرح. فهو عبارة عن تلميح أو مؤشر يجعل احتمال الاستجابة الصحية أكثر حدوثا. والمثال التالىيوضح ذلك:

الوالد : ماهو اضخم حيوان تعرفه.

الطفل : لاأعرف.

الوالد : الحيوان يبدأ بحرف ف.

الطفل : فيل

١٠- التلاشى أو السحب التدريجى: Fading

اسلوب من أساليب العلاج السلوكى التى تعتمد على مبادئ الاشراط الاجرائى، ويشتمل على أخذ سلوك يحدث فى موقف ما وجعله يحدث فى موقف آخر عن طريق التغيير التدريجى للموقف الأول إلى الموقف الثانى. فقد يكون الطفل هادئا ومتعاونا فى البيت على سبيل المثال، ولكنه يكون خائفا ومنكمشا إذا وضع فجأة فى حجرة للدراسة غريبة عليه. وهذا الخوف يمكن القضاء عليه إذا قدمنا الطفل بالتدريج لمواقف تشبه حجرة الدراسة. ويعتبر اسلوب السحب التدريجى ذا اهمية كبيرة عندما يتعلم العميل سلوكيات جديدة فى بيئة مفيدة مثل عيادة أومستشفى أو مؤسسة ثم ينتقل فجأة من هذه الاماكن إلى بيئة المنزل أو المجتمع مما قد ينتج فقدان كثير من السلوكيات والمهارات التى اكتسبها. ولهذا فمن المفضل أن يتم السحب التدريجى من

بيئه العلاج إلى بيئة المنزل ويتم ذلك من خلال عمل تقريبات فى جانب المثير أى البيئة نفسها. ويختلف هذا الاسلوب عن اسلوب التشكيل السابق التحدث عنه حيث أن اسلوب السحب التدريجى يعتمد على احداث تدريج أو تقريبات فى المثير بينما فى حالة التشكيل فان التقريبات تكون فى الاستجابة.

وفى المثال الذى ذكرناه فى التلقين فانه عندما يتعلم الطفل الاستجابة الصحيحة فان عمليه السحب التدريجى تتم بانقاص التلقين بشكل تدريجى قبل ايقافه تماما.

وسوف يرد المزيد من تطبيقات الإشراط الإجرائى فى الباب الثانى من هذا الكتاب.

الفصل السابع

استخدام النماذج السلوكية

"نمذجة السلوك" Modeling

يعتبر استخدام النماذج السلوكية (النمذجة) Modeling أحد الفنيات الهامة التى تستخدم فى العلاج السلوكى والتى تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعى social Learning حيث يحدث تغيير الأداء (التعلم) نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص آخر. وقد يكون الأداء فى هذه الحالة فى وقت لاحق على المشاهدة وليس بالضرورة أن يشتمل على التقليد الفورى للسلوك.

وبجانب اصطلاح النمذجة Modeling يستخدم مصطلحان آخران هما التقليد Imitation والتعلم بالملاحظة Learing by observation ويستخدم اصطلاح النمذجة ليشير إلى سلوك الفرد الذى نلاحظه أى الذى يعمل كنموذج Model أما التقليد فانه مصطلح للدلالة على سلوك المتعلم الذى يلاحظ سلوكا معينا ويقوم بتقليده وهو يعكس الاداء. وأما التعلم بالملاحظة فهو مصطلح يستخدم للدلالة على التعلم الذى يحدث من ملاحظة الآخرين وقد يكون الأداء فى هذه الحالة لاحقا ولايشتمل على التقليد الفورى.

والتعلم بالملاحظة وتقليد النموذج سلوكا عرفته البشرية منذ القدم، وقد أشار القرآن الكريم إلى هذا النوع من التعلم فى قصة ابنى آدم.

"فبعث الله غراباً يبحث فى الارض ليريه كيف يوارى سوأة أخيه"

(المائدة: ٣١)

كما أن السنة النبوية المطهرة تقوم فى جانب كبير على الاقتداء بأفعال الرسول صلوات الله وسلامه عليه. فيقول صلى الله عليه وسلم:

"صلوا كما رأيتمونى أصلى"

ويقول فى حجة الوداع:

"يأيها الناس خذوا عنى مناسككم"

وفى مجال الارشاد والعلاج النفسى الحديث فان الباحثين يرجعون إلى البرت باندروا A. Bandura وكتاباته حول التعلم الاجتماعى التى تمثل البدايات الحديثة لاستخدام هذا الاسلوب. وتعتبر النمذجة فنية علاجية بسيطة فى أساسها وفى تطبيقها وهى تقوم على اساس اتاحة نموذج سلوكى مباشر أوضمنى (تخيلى) للمسترشد (العميل) حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول نموذج السلوك المعروض للعميل بقصد احداث تغيير ما فى سلوكه سواء باكسابه سلوكا جديدا أوزيادة أو انقاص سلوك موجود عنده وقد ظهرت فى السنوات الاخيرة دراسات عديدة تظهر إمكانية استخدام هذا الأسلوب العلاجى فى كثير من المشكلات والاضطرابات مثل التدريب على السلوك التوكيدى، وحالات القلق، وحالات العدوان، وعيوب النطق، وفى اكساب الاطفال المهارات والسلوك الاجتماعى، وفى بعض حالات الوساوس والسلوك القهرى وحالات المخاوف المرضية وغيرها.

الوظائف الاساسية للنمذجة:

للنمذجة أربع وظائف اساسية. فبملاحظة النموذج السلوكى يمكن للمسترشد أن يتعلم سلوكا جديدا مناسبا، وكذلك فان ملاحظة النموذج ينتج عنه أثر اجتماعى تسهيلى facilitative وذلك بمساعدة المسترشد على اداء سلوكيات كان بوسعه أن يقوم بها فيما مضى وذلك فى أوقات أكثر ملاءمة وبطرق أكثر ملاءمة وتجاه اشخاص ملائمين، كذلك قد تؤدى النمذجة إلى إنهاء كف سلوكيات كان المسترشد يتحاشاها بسبب الخوف أو القلق، وحين يُرفع الكف عن هذه السلوكيات فان النمذجة قد تزيد الانطفاء المباشر والانطفاء بالانابة (التعويضى) للمخاوف المرتبطة بالشخص أو الشئ الذى كان السلوك موجها نحوه.

العوامل التى تؤثر فى النمذجة:

تتأثر عملية النمذجة بمجموعة من العوامل التى تؤثر فى نتائج هذه العملية وهذه العوامل هى:

١- خصائص النموذج.

٢- خصائص المشاهد (المسترشد).

٣- خصائص متصلة بالاجراءات المستخدمة فى النمذجة.

أولا: الخصائص المتصلة بالنموذج:

يميل الناس إلى تقليد الاشخاص الذين يكنون لهم تقديرا وميلا، وبذلك فان النموذج الذى يلقى ترحيبا أو الذى يحظى باهتمام اجتماعى يكون له نتائج أفضل فى النمذجة، كذلك من المهم أن يكون النموذج مناسبا فى السن والنوع والعرق للمسترشد حيث أن ذلك يزيد قابلية المسترشد لتقليد السلوك المنمذج عما لو كان النموذج بعيد الشبه فى هذه الجوانب.

ثانيا: خصائص المشاهد (المسترشد أو المتعلم)

يرى باندورا (١٩٧٦) أن هناك أربع جوانب ينبغى الاهتمام بمدى توافرها فى المسترشد حتى تؤتى النمذجة النتائج المرغوبة، وهذه الجوانب هى عمليات الانتباه، عمليات الحفظ، عمليات التوليد الحركى للسلوك وعمليات الدافعية.

أ- عمليات الانتباه: Attentional Processes

لايكفى أن نعرض الفرد المسترشد لموقف نمذجة ليتعلم السلوك المطلوب أو يتأثر بالنموذج وانما ينبغى لكى يحدث ذلك أن ينتبه المسترشد إلى موقف النمذجة وان يستوعب المعلومات التى يعرضها النموذج، وتتوقف عمليات الانتباه على بعض الجوانب الخاصة بموقف النمذجة مثل وجود

تنوع فى الاضاءة، وفى الصوت وتكرار المقاطع الهامـة واعداد الملخصات التوضيحية وتعتمـد كذلك علـى جوانب اخرى لدى المسترشـد مثـل سلامة الحواس عنده (السمع والبصر والشـم والتذوق واللمس) ومستوى الاستثارة لديه وكذلك الجوانب الادراكية...

ب- عمليات الحفظ Retention Processes

إذا انتبه المشاهد للعمليات المناسبة الخاصة بالسلوك المنمذج واستطاع أن يفهم جوانبها فانه يحتاج أن يكون قادرا على تذكر المـادة التى استقبلتها حواسه (فى عمليات الانتباه) ويتم ذلك بتخزين هذه المادة فى صورة مرمـزة coded سواء سمعيا أو بصريا أو كليهما ويساعد اقتران الجوانب البصريـة مع الجوانب السمعية وتكرار المعلومات على تذكر المادة المنمذجة.

جـ- اعادة توليد السلوك (الاسترجاع) Motoric Reproduction

فى هذه العمليات يتم استرجاع السلوك المحفوظ فى الذاكـرة، غير أنـه ينبغىان نلاحظ أنه بالنسبة لبعض السلوكيات المركبة مثل ركـوب الدراجـات فإنه لايكفى لأداء السلوك أن نقلد نماذج معروضة وانما ينبغى أن تتوفر لـدى المتعلم المهارات الحركية والقدرة علـى حفـظ التـوازن المطلوبين لأداء مثـل هذا السلوك. وبذلك فان مشاهدة النموذج والاحتفاظ بـه فـى الذاكـرة لايكفيـان لأدائه ولكن متى توفرت المهارات الاساسية فان هذه المشـاهدة تساعد كثيرا على اكتساب السلوك المطلوب.

وفـى الواقـع فـان الانسـان قـد يختـزن معلومـات حـول نمـوذج معيـن لسنوات طويلة ثم يعيد هذه السـلوكيات عندمـا يحين وقتهـا أو تدعـو الحاجـة اليها. فـالطفل الصغير يكتسـب سلوكيات كثيرة خاصـة بالتعـامل فـى اطـار الاسرة من خلال معايشته للاسرة وقد يحتفظ بجانب كبير من هذه السلوكيات ليؤديها عندما يصبح راشد ويكون اسرة خاصة به.

د- عمليات الدافعية: Motivational Processes

إذا توافرت عمليات الانتباه من جانب المشاهد (المسترشد) وفهمه للمعلومات المنقولة من خلال العرض وحفظه لهذه المعلومات ثم وجود المهارة الحركية لتنفيذ النشاط المنمذج فان هذا المشاهد قد لايؤدى السلوك المنمذج لأنه يتوقع نتائج منفرة (عقاب) بعد هذا السلوك. ومن ناحية أخرى فإنه عندما يتوقع الافراد نتائج ايجابية (تدعيم) من أداء السلوك المنمذج فاننا نتوقع انهم سيؤدون هذا السلوك.

ثالثا: خصائص متصلة بالاجراءات:

قد يشتمل موقف النمذجة والاسلوب الذى تتم به على بعض الجوانب التى تؤثر على نتائجها، وعلى سبيل المثال فقد لوحظ أن النتائج التى يحصل عليها النموذج (القائم بالعرض) تؤثر على نتائج النمذجة، فالنموذج الذى يكافأ على السلوك الذى أداه يكون أكثر قابلية للتقليد من جانب المشاهدين عما لوكان هذا النموذج يتلقى عقابا. كذلك فان أداء النماذج للسلوكيات المنذجه فى مواقف مختلفة يزيد من آثار النمذجة، ومن ناحيه أخرى فقد لوحظ أنه عند وجود نماذج متعددة فان النتائج تكون أفضل مما لوكان هناك نموذج واحد. واذا اشتملت عملية النمذجة على قاعدة أوخطة يمكن أن يكتشفها المشاهد من واقع السلوك المنمذج فان اثار النمذجة تزداد بالنسبة له إلى حد كبير.

٣- أنواع النمذجة:

يمكن أن تتم النمذجة بعدة صور فهناك النمذجة المباشرة أو الحية والنمذجة الضمنية أو التخيلية، والنمذجة بالمشاركة ونتناول كل من هذه الانواع فيما يلى بالوصف:-

أ- النمذجة المباشرة أو الصريحة (الحية) Overt Modeling

فى هذه الطريقة يتم عرض نماذج حية تقوم بالسلوك المطلوب تعلمه. حيث يتم ذلك عن طريق اشخاص واقعيين أوعن طريق اشخاص ومواقف معروضة فى افلام. وعلى سبيل المثال قد يرغب أحد المرشدين فى تعليم الطلاب كيفية عبور الشارع أو كيفية الجلوس للاستذكار ويمكن للمرشد فى هذه الحالة ان يهيئ موقفا حقيقيا يعرض فيه نموذج (أحد الطلاب أو المرشد نفسه أو كليهما) السلوك المرغوب أو قد يستعين بأحد الافلام التعليمية لهذا الغرض.

ب- النمذجة الضمنية (التخيلية) Covert Modeling

فى كثير من الأحيان يصبح من الصعب اعداد نماذج حية أو محسوسة لعرضها على المسترشد أو المريض فى مكاتب الارشاد أو العيادات النفسية ولهذا فقد اقترح كوتيلا (١٩٧١) Cautela استخدم النماذج التخيلية. وتقوم النمذجة فى هذه الحالة على اساس أن يتخيل العميل نماذج تقوم بالسلوكيات التى يود المرشد لهذا العميل أن يقوم بها. وكما أوضحنا من قبل أن النمذجة تركز اساسا على معلومات نود أن نوصلها إلى المسترشد وبذلك فان مساعدة المسترشد على تخيل سلسلة من الأحداث يمكن أن يؤدى وظيفة النمذجة الصريحة. ويرى ويلسون وأولارى (١٩٨٠) Wilsm & Ólary أن استخدام النماذج الضمنية يعطى نتائج مساوية للنتائج التى تنتج عن استخدام النماذج الحية.وقد استخدم كازدين (١٩٧٤) Kazdin اسلوب النمذجة الضمنية فى تقليل الخوف لدى طلاب الجامعة، كذلك استخدام نفس الباحث هذا الاسلوب فى اكساب السلوك التوكيدى للطلاب الذين ينقصهم هذا السلوك وذلك بأن يطلب منهم أن يتخيلوا نموذجا مشابها لهم يقوم بالسلوك التوكيدى. كما أوضحت الابحاث التى قام بها كوتيلا وفلانارى وهانلى (١٩٧٤) Cutela,

Flannery & Hanley عدم وجود فروق فى نتائج استخدام اسلوب النمذجة الصريحة وأسلوب النمذجة الضمنية.

جـ- النمذجة بالمشاركة: Participant Modeling

تشتمل عملية النمذجة بالمشاركة على عملية تشكيل نشطة مصحوبة بتوجيهات للعميل بجانب النمذجة المباشرة للسلوكيات موضوع العلاج ويرى باندورا (١٩٧٧) أن هذه الطريقة فى العلاج يكون لها فاعلية اكبر من مجرد الاعتماد على مشاهدة العميل لنموذج يؤدى السلوكيات المطلوبة. وتشمل النمذجة بالمشاركة على عرض للسلوك بواسطة نموذج Model وكذلك قيام العميل بأداء هذا السلوك مع مساعدته بتوجيهات تقويمية من جانب المرشد أو المعالج وبذلك يصبح هذا الاسلوب أكثر فاعلية من الاقتصار على استخدام نماذج تؤدى السلوك دون أداء العميل له. فمثلا يمكن للمرشد أن يستخدم هذا الاسلوب لتعليم العميل كيف يتغلب على مخاوفه وفى وجود المرشد ومايعطيه من توجيهات للعميل يحدث اثرا مريحا العميل وهو يتغلب على مخاوفه بل أن المعالج الماهر لايترك هذا الموقف دون أن يساعد العميل على أن يعقد مقارنة ويتعرف على ماحدث من تقدم.

استخدامات النمذجة:

تستخدم النمذجة فى الارشاد والعلاج النفسى اما لزيادة سلوك مرغوب أو لانقاص سلوك غير مرغوب.

أ- زيادة سلوك مرغوب عن طريق النمذجة:

يمكن أن نعتبر مايحدث من زيادات فى السلوك نتيجة للنمذجة على أنه يشتمل على ثلاث انواع من النتائج:

أولا: اثار الاكتساب Acquisition

ثانيا: اثار ناتجة عن ازالة الكف Disinhibitory

ثالثا: اثار خاصة بالتسهيل Facilitation

ونتناول كل نوع من هذه الاثار فيما يلى:-

اولا: الآثار الخاصة باكتساب سلوك:

يقصد بهذه المجموعة من الاثار الناتجة عن النمذجة تعلم سلسلة جديدة من السلوك كنتيجة لملاحظة نموذج، وبالطبع فان المشاهد ينبغى أن يعرف كيف يؤدى السلوكيات البسيطه الداخلة فى هذه السلسلة المتتابعة وان يؤديها فى صورة خاصة به تظهر تأثير النمذجة. وفى تجربة قام بها كاى (١٩٧١) Kaye لاظهار كيفية اكتساب تتابع جديد للسلوك عند مجموعة من الاطفال عرض لمجموعة من الاطفال فى عمر سته أشهر لعباً يحجزها عن كل طفل شاشة زجاجية تتيح للطفل رؤية اللعبة والتحرك نحوها دون أن يتمكن من الوصول اليها بسبب الساتر الزجاجى. ثم قام الباحث بنمذجة سلوك الدوران حول الساتر الزجاجى والوصول إلى اللعبة. وقد اعقب ذلك أن قام الاطفال بتقليد سلوك الباحث وأمكنهم جميعاً بمحاولات بسيطة أن يحصلوا على اللعبة دون عناء.

كما قام لوفاس وزملاؤه (١٩٧٦) Lovas et al باعداد برنامج للاطفال الذين يعانون من الذاتية Autism والذين كان لديهم نقص فى المهارات اللغوية، ويعتمد هذا البرنامج على استخدام النمذجة من جانب المعالج الذى يقوم باخراج الحروف ثم المقاطع وعندما يقوم الطفل بتقليد سلوك المعالج فان هذا السلوك يدعم (يعزز) بمكافأة مباشرة (حلوى) وقد اثبت هذا البرنامج نجاحا كبيرا فى تحقيق هدفه.

كذلك قام باندورا، روس، روس (١٩٦٣) Bandura, Ross and Ross بدراسة لأثر الاكتساب بالنمذجة فى تجربة عن العدوان لدى الاطفال فى سن ما قبل المدرسة(سن الحضانة) وقد اتاح الباحثون لمجموعة من الأطفال فرصة لمشاهدة نموذج يسلك بطريقة عدوانية نحو دمية فى حجم الطفل. وقد وجد الباحثون أن الاطفال الذين شاهدوا هذا النموذج (العدوانى) قاموا بتقليد نفس التصرفات العدوانية التى عرضها النموذج مثل الجلوس على الدمية، الضرب والركل وقذفها عبر الغرفة وكذلك استخدام كلمات عدوانية واستنتجوا أن الاطفال الذين شاهدوا السلوك العدوانى (المجموعة التجريبية) الذى عرضه النموذج قد قاموا بتقليده واظهار سلوك عدوانى بدرجة اكبر من المجموعة الثانية التى لم تشاهد النموذج (المجموعة الضابطة) كما اتضح أن نسبة اكتساب السلوك المعروض (العدوان فى هذه التجربة) لدى الذكور كان اعلى منه لدى الاناث ويوضح الجدول التالى هذه النتائج:

النوع	اطفال شاهدوا النموذج (مجموعة تجريبية)	اطفال لم يشاهدوا النموذج (مجموعة مقارنة)
بنين	٪٢٤,٤	٪٣,٩
بنات	٪١٤,٢	٪١,٨

كذلك وجد هيكس (١٩٦٥، ١٩٦٨) Hicks من مجموعة دراسات قام بها أن الاطفال قاموا بمحاكاة سلوكيات جديدة شاهدوها فى افلام عرضت عليهم وأن هذه السلوكيات بقيت معهم عند اجراء دراسة تتبعية بعد فترات زمنية من ٦-٨ أشهر من مشاهدة الفيلم.

ثانيا: الآثار المانعة من الكف:

أن التأثير المانع للكف يحدث عندما يصبح السلوك الذى كان مكفوفا لدى الفرد أكثر حدوثا بعد مشاهدة نموذج يقوم بهذا السلوك موضوع الكف بدون أن يعانى من أى نتائج عكسية.

ومن الامثلة الشائعة للاثر المضاد للكف مانشاهده فى الحفلات حين يبدأ احد الاشخاص فى سرد فكاهة فنجد آخرين وقد بدأوا بعدها فى تقليد هذا السلوك كما يمكن أن نشاهد مثل هذه الآثار فى علاج المخاوف لدى الأطفال الذين يبدأون فى الاقتراب من الاشياء التى تخيفهم والدخول إلى تفاعلات اجتماعية مع الآخرين بمشاهدتهم نماذج سلوكية.

وقد أوضح باندورا وزملاؤه أن كثيراً من الأطفال والكبار الذين كانت لديهم مخاوف من الثعابين عليهم أن يتعلموا الاقتراب من ثعبان والامساك به داخل مختبر بعد مشاهدة نموذج يقترب تدريجياً من ثعبان.

كما قام أوكونور (١٩٦٩) O'cconor بتجربة على الاطفال شديدى الانسحاب الذين كانوا فى سن ماقبل المدرسة وكانت مشكلاتهم السلوكية فى جانب منها بسبب الخوف من المشاركة فى الواقف الاجتماعية وقد قسم الأطفال الذين أجرى عليهم الدراسة إلى مجموعتين حيث عرض على احدى المجموعتين فيلما يحتوى على موقف يحاول فيه طفل خائف أن يقترب من المواقف التى يخاف منها عن طريق ملاحظة غيره وهم يتفاعلون فى هذه المواقف وينتهى الأمر بالطفل الخائف فى الفيلم إلى الاشتراك فى انشطة كثيرة والتعامل مع عدد اكبر من زملائه.

أما المجموعة الثانية من افراد البحث فقد شاهدوا فيلماً محايداً (خال من النمذجة) وبعد مشاهدة الأفلام لوحظت تفاعلات الاطفال الاجتماعية فى فصولهم وقد وجد الباحث أن مجموعة الاطفال الذين شاهدوا الفيلم المشتمل على نمذجة عن التفاعل مع الاخرين قد ازدادت تفاعلاتهم الاجتماعية بشكل كبير وذلك على عكس الاطفال الذين شاهدوا الفيلم المحايد فان سلوكهم لم يتغير وقد كررت نفس التجربة من قبل باحثين آخرين وحصلوا على نتائج

مشابهة كما اتضح لهم أن السلوك المكتسب (التفاعل الاجتماعى) من النمذجة يستمر لفترات طويلة. كذلك فقد قام هيرسن وايزلر وميلر (١٩٧٤) Hersen, Eisler and Miller بتجربة استخدموا فيها اسلوب النمذجة لاكساب السلوك التوكيدى للمرضى فى مستشفيات الامراض العقلية حيث قسموا المرضى إلى خمس مجموعات على النحو التالى:

المجموعة الأولى: استخدم معها أسلوب النمذجة مع ارشادات لتقليد النموذج.

المجموعة الثانية: استخدم معها اسلوب النمذجة مع ارشادات للتعميم لمواقف اخرى.

المجموعة الثالثة: استخدم معها اسلوب تمثيل الادوار (أداء الأدوار) بدون الحصول على توجيهات.

المجموعة الرابعة: استخدم معها اسلوب تمثيل الادوار مع ارشاد من المعالج بالتعميم لمواقف أخرى.

المجموعة الخامسة: وهى مجموعة ضابطة لم يستخدم معها أى اسلوب.

ثم قدر سلوك المرضى فى مواقف فيها علاقات شخصية تستدعى وجود السلوك التوكيدى وكانت النتيجة أن المرضى الذين شاهدوا النموذج مع وجود ارشادات أو ارشادات بالتعميم قد أظهروا زيادة أكبر فى السلوك التوكيدى.

ثالثا: الآثار التسهيلية:

وفى هذه الحالة فانه ينتج عن ملاحظة العميل لسلوك منمذج زيادة فى أداء سلوك مقبول اجتماعياً وعلى عكس اثار الاكتساب والاثار المانعة للكف

فان الاثر التسهيلى لايتضمن تعلم تتابع جديد للسلوك أوزيادة في السلوكيات التى لاتقف فى سبيلها قيود أو التى تكون غير مقبولة اجتماعيا. ومن أمثلة هذا النوع زيادة السلوك التعاونى لدى الأفراد.

قام ليبرت وبولوس (١٩٧٥) Libert & Poulos بتجربة عرض فيها فيلما يظهر فيه طفل وطفله يتشاجران حول أرجوحة ثم يحدث بعد ذلك أن يقترح الطفل أن يتبادلا التأرجح ويعرض أن تبدأ الطفلة أولا. وقد تبين للباحث أن الأطفال الذين شاهدوا الفيلم كان تعاونهم فى الالعاب أكثر من اطفال مجموعة مقارنة لم تشاهد الفيلم.

وهناك امثلة عديدة عن استخدام هذا الاسلوب في الحياة بقصد تنمية أو تيسير استجابة معينة، فقد لوحظ على سبيل المثال أن العمال الذين يعملون فى غرف خلع المعاطف فى المطاعم الكبرى يضعون اطباقا فيها مبالغ كبيرة تمثل الاكراميات على امل أن يحصلوا على مزيد من الاكراميات من الزبائن، وكذلك يلجأ بعض الفرق الموسيقية والمسرحية إلى دفع مبالغ لأفراد يجلسون فى وسط المتفرجين ليقوموا بالتصفيق لاداء الفرقة أملا فى حث جمهور المشاهدين على التصفيق.

وقد قام بريان وتيست (١٩٦٧) Bryan and Test بدراسة شيقة حيث اشتملت دراستهما على سيدة تقف بجوار سيارتها وقد افرغ اطار السيارة من الهواء ومعها اطار ممتلئ، وفى الفترة المخصصة للتجربة كان هناك على مسافة ٤٠٠ متر من هذا المشهد نموذج (رجل) يساعد سيدة فى استبدال (اطار سيارتها) أما فى الفترة الضابطة وفى نفس اليوم فان النموذج لم يكن موجوداً، وقد اتضح من الدراسة أن وجود النموذج (الرجل الذى يساعد السيدة) قد ساعد على زيادة عدد الأفراد الذين وقفوا لمساعدة السيدة فى موقعها أكثر مما حدث فى الفترة الضابطة.

ب ـ انقاص السلوك عن طريق النمذجة:

يمكن النظر إلى مايحدث من تناقص فى السلوك نتيجة للنمذجة على أنه ينتمى إلى مجموعتين:

ففى المجموعة الأولى يشاهد العميل نموذجا يتلقى عقابا عن سلوك ما ومن ثم فانه يصبح (أى العميل) اقل ميلا للاشتراك فى هذا السلوك، وهذا الأسلوب غالبا ماتتبعه الهيئات المسئولة عن صحة المواطنين وسلامتهم وذلك للمساعدة على تقليد السلوكيات الضارة كالتدخين وقيادة السيارات بطريقة رعناء وذلك من خلال عرض الافلام التى تظهر الاثار السيئة والضارة لهذه السلوكيات، وقد ينتج الاثر الكاف أيضا من مشاهدة نموذج يشترك فى سلوك ما دون أن يلقى تدعيما عن هذا السلوك (انطفاء بالتعويض) وعلى سبيل المثال فان التلميذ إذا شاهد زميلا له يستخدم طريقة ما لحل مسألة ولم توصله هذه الطريقة للحل فانه يبتعد عن استخدام هذه الطريقة، وكذلك فان بعض الناس يقل تدخينهم فى وجود ضيف معدل تدخينه قليل أولايدخن.

أما المجموعة الثانية فإنها تنتج عن نمذجة سلوك غير متناسب مع السلوك موضوع المشكلة، فمثلا الشخص الخائف عندما يلاحظ نموذجا يواجه الخوف فانه يقل لديه سلوك الخوف.

المجموعة الأولى: الاثر الكاف (المانع)

ومن أمثلة هذه المجموعة ذلك البرنامج الذى اعده شيبارد (١٩٧٧) Sheppard لزيادة الوعى لدى الاحداث حيث شملت هذه الدراسة بعض الاحداث الذين ارتكبوا جرائم بسيطة وكانت اعمارهم بين ١٤، ١٦ سنة حيث خصصت لهم ساعات معينة يجلسون فيها مع مجموعة من السجناء

المحكوم عليهم بمدد سجن طويلة يحدثونهم عن المعاناه التى يلقونها فى السجن ومعنى أن يدخل انسان السجن الخ وبعد المحاضرة يقوم أحد مستخدمى أوموظفى السجن بمرافقة الأحداث لزيارة أسوأ الأماكن فى السجن وبصفة خاصة الزنزانات (حجرات الحبس) وقد أوضحت تقارير الاباء والأحداث انفسهم وكذلك تقارير الشرطة نجاح هذا البرنامج.

المجموعة الثانية: الاثر الخاص بالسلوك غير المناسب:

أمكن تخفيض عدد كبير من مخاوف العملاء عن طريق قيام نماذج بأداء سلوكيات لاتتناسب مع سلوك الخوف لدى العملاء ومن بين التجارب التى تمت فى هذا الخصوص ما قام به ميلاميد وسايجل (١٩٧٥) Melamed and Siegel اللذين أعدا فيلما بعنوان "عملية جراحية لإيثان" ويشتمل هذا الفيلم على عرض لخبرات طفل عمره سبع سنوات تجرى له عملية فتق ويصف الطفل مشاعره الخاصة ومخاوفه فى كل مرحلة من المراحل وكيف تغلب عليها، ويرى المشاهد ايثان وهو يتقدم من مرحلة الدخول للمستشفى إلى المرحلة الخاصة بالاقامة فى جناح المرضى ثم مرحلة التخدير والجراحة فالعودة إلى جناح النقاهة ثم إلى منزلة مع اسرته، وقد اشتملت التجربة على مجموعتين من الأطفال الذين كانوا على وشك اجراء عمليات مثل استئصال اللوزتين، المجموعة الأولى يعرض عليها هذا الفيلم والمجموعة الثانية يعرض عليها فيلم عن رحلة يقوم بها الطفل إلى الريف وقد جمع الباحثان بيانات عن القلق كما عبر عنه الاطفال وكذلك من خلال القياس الفسيولوجى للقلق (مثل قياس كمية عرق الكفين) وأوضحت النتائج انخفاضاً جوهريا فى كمية القلق لدى المجموعة التجريبية سواء قبل الجراحة أوبعدها عن المجموعة المقارنة.

الفصل الثامن

الغمر Flooding

ذكرنا من قبل أن هناك أسلوبين اساسيين لتغيير السلوك يقومان على اساس من الاشراط الكلاسيكى (اشراط المستجيب) وهما الاشراط المضاد Counter Conditioning والانطفاء extinction. كلا الاسلوبين يمكن اجراءهما بالتدريج باستخدام مدرج للاقتراب من الموقف الذى يولد أقوى استجابة (مثل القلق أو الخوف) وكذلك بطريقة غير تدريجية عن طريق مواجهة المواقف التى تقع فى قمة المدرجات مباشرة وفى هذا الفصل نتناول هذه الطريقة الأخيرة وهى مواجهة المواقف المثيرة للقلق مباشرة ودون تدرج وفى الانطفاء القائم على الاشراط الاستجابى فإنه يشتمل على عرض المثير المباشر للعميل مرة تلو المرة بدون ان يقترن بالمثير غير المشروط (المثير الطبيعى) الى ان تتوقف الاستجابة المشروطة عن الحدوث.

كان خالد وهو تلميذ فى المدرسة الابتدائية يجرى فى طابور الرياضة حين سقط على حافة الملعب فأصيب بجرح. وفيما بعد أصبح يخاف من الاشتراك فى طابور الجرى هنا نجد ان طابور الرياضة مثير مشروط وان الحجر الذى سقط عليه هو المثير الطبيعى (غير المشروط) الذى ولد الجرح والألم. اذا أردنا أن نوقف الخوف بطريقة الانطفاء فاننا نساعد خالد للعودة الى الاشتراك فى الجرى والابقاء عليه الى ان يتحقق ان الجرى لايولد الألم.

الغمر: Flooding

يتضمن اسلوب الغمر تعريض العميل بسرعة للمثير المشروط فى الوقت الذى نقلل فيه هروبه من هذا المثير المشروط. وتسمى هذه الطريقة أحيانا بطريقة منع الاستجابة reseponse Prevention.

يعرض نيسبت (١٩٧٣) Nesbitt حالة سيدة عمرها ٢٤ سنة كانت تعانى من خوف شديد ونفور من المصاعد والتى استمرت معها لمدة سبع سنوات نتيجة دفعها لاستخدام المصعد بواسطة أقاربها وقد اشتمل العلاج

على مصاحبتها فى المصعد لمرة واحدة ومعها المعالج ثم تركها بعد ذلك بمفردها وبعد نصف ساعة من هذه المعالجة تناقصت مخاوفها بشكل كبير وبعد ذلك بستة شهور كانت تستخدم المصاعد مع قدر قليل من القلق.

والفكرة الرئيسية التى يرتكز عليها العلاج بالغمر هى التعريض السريع للعميل للمثير المشروط بدلا من تعرضه على فترات أو بالتدريج. وفى المثال السابق يكون ذلك بان نبقى على السيدة التى كانت تخاف من المصاعد لفترة طويلة كافية وهى تقوم برحلتها فى المصعد بدلا من ان تأخذ فترات راحة بين الجولات. ويفرض هنا ان هذه الطريقة تسهل عملية الانطفاء وربما يرجع ذلك الى ان الشخص يصبح منهكاً جسميا بما لايسمح للاستجابة المشروطة ان تحدث وربما يرجع ذلك الى ان منع الاستجابة يساعد على كسر استجابات التجنب والتى لاتجد وقتا للحدوث.

وفى الوقت الحاضر فأن الغمر يستخدم كلية مع المواقف التى تثير القلق. وأحد المميزات الرئيسية لهذه الطريقة هى انها اسرع فى تأثيرها من الطرق التدريجية مثل طريقة التخلصن التدريجى أما العيب الاساسى فيها فهى انها قد تزيد من قوة الاستجابة المشروطة (القلق أو الخوف) بدلا من ان تطفئها. فاذا كان الطفل يخاف من الكلاب فان اجباره على ان يواجه الكلاب قد يزيد مَن خوفه من الكلاب بدلا من انطفائه. وليس من السهل ان نتكهن بما اذا كانت النتيجة ستكون انطفاء الاستجابة غير المرغوبة أو زيادتها ومن ثم فان كثيراً من المعالجين يفضلون الالتجاء الى طريقة التدرج اكثر من الالتجاء الى طريقة الغمر.

ان من المشكلات التى يفيد فيها سلوك الغمر هى علاج عصاب الوساوس القهرية حيث يكون القلق المشروط مرتبط بأفكار مثبتة ومتكررة

(وساوس) أو سلوك حركى يكون القلق (قهار) وقد استخدم راكمان وزملاءة Rachman (١٩٧٣) خليطاً من الغمر والنمذجة حيث اشتملت النمذجة على ان يقوم المعالج بدور النموذج الذى يؤدى التصرف الذى يخافه العميل وكانت احدى الحالات التى يعالجوها حالة فتاة عمرها ٢٢ سنة كانت لمدة خمس سنوات تخاف من التلوث من الكلاب الذى عمم الى مناطق كثيرة وقد تجنبت الاقتراب من مناطق كثيرة فى المدينة وقادتها مخاوفها الى تغيير مسكنها عدة مرات (خمس مرات فى ثلاث سنوات) وكانت تغسل يديها فى كل يوم خمسين مرة على الاقل وترمى مجموعة كبيرة من الملابس وتنظف كل المنزل (بما فى ذلك الستائر والاسقف والسجاجيد)

وقد اشتملت خطة العلاج على منعها من الغسيل المتكرر وعدم الخوف من تلوث مكان العلاج واصطحابها فى جولات فى المناطق التى كانت تخاف منها. وفى نهاية العلاج كانت قد تخلصت من الافعال القهرية مع بقاء بعض الوساوس من التلوث.

يعد الغمر جزءً من اساليب العلاج لمجموعة متنوعة من العلاجات بما فى ذلك مجموعات المواجهة والعلاج الجشطلتى والعلاج بالصرخة الأولى وهى تنشأ عندما يواجه العملاء بشكل مستمر بالمواقف، الذكريات، الأفكار والانطباعات والانتقادات من جانب الأخرين أو أى مصدر أخر للقلق مع عدم السماح لهم بالهروب منه سواء بدنيا أو نفسيا. وغالبا ما يصحب ذلك بردود فعل انفعاليه قويه من جانب العملاء. وفى التحليل النفسى فان بعض هذه الاستجابات (ردود الفعل) قد تفسر على انها تنفيس (a breaction or catharsis) وكلاهما يعنى تخفيض التوتر الانفعال بسبب التحرر من الخبرة التى سببت التوتر.

ويمكن استخدام الغمر بالاضافة الى الاستخدام الاساسى فى المواقف المولدة للقلق فى الانفعالات الأخرى المولدة استجابيا، وعلى سبيل المثال فقد استخدم بلانكارد هذا الاسلوب فى علاج عميل عمره ٢٧ سنة (امرأة) كانت لديها خبرات غير سارة من موت الجنين وأدى هذا الى كراهية ورفض النساء الحوامل واشتمل العلاج على جلستين مدة كل منها ساعة ونصف أدت الى انطفاء كراهيتها وخوفها.

العلاج بالتفجير الداخلى: Implosive therapy

نوع من العلاج بالغمر طوره ستامبفل وليفز (١٩٦٧). وهو عبارة عن فنية الغمر ولكن لها الخصائص الأتية:

(أ) يكون عرض مواقف القلق عن طريق تخيل العميل.

(ب) ان المناظر المتخيلة تكون غالبا مبالغاً فيها أو ربما مواقف مستحيلة معدة خصيصا لتولد اقصى قدر ممكن من القلق.

(جـ) ان المناظر تكون غالبا قائمة على مصادر مفترضة للقلق. وهذه المصار تكون مركزه حول اشياء مثل العدوان نحو النماذج الوالدية، الرفض، الرغبة فى الموت وغيرها (وفى بعض الاحيان تتجه الى مصادر سيكودينامية) ويشتمل العلاج عادة على ان نجعل العميل يتخيل أولا موقفاً مثيراً للقلق ويتحقق انه رغم ان الموقف غير سار فانه بوسعه ان يتحمل القلق. ثم يعطى العميل سلسلة من المناظر المحدثة لقلق عالى ليتخيلها وعلى أن تكون متدرجة بشكل من الاشكال. وهذا العلاج غالبا مايكون مصحوبا برد فعل انفعالى شديد من جانب العميل يستمر خلال الجلسات العلاجية والى أن نتحقق ان القلق قد انطفأ.

على سبيل المثال فان الشخص الذى يخاف من العناكب ربما يعالج من خلال ان نطلب منه أن يتخيل نفسه وهو يتناول طعامه وان هناك مجموعة من العناكب بدأت تخرج من هذا الطعام وتحيط بفمه وجسمه. وكذلك الشخص الذى يخاف من الركوب فى الطائرة قد نطلب منه ان يتخيل نفسه وهو راكب فى طائرة وأن فى هذه الطائرة قد انفجرت فى الجو وتمزق جسده الى قطع صغيرة.

وفى الواقع العملى فإن الباحثين يرون أن العلاج بالتفجر الضمنى الداخلى يواجه مشكلتين رئيسيتين:

الأولى: هى ان بعض المعالجين يستخدم هذا **الاسلوب** مع تحويره الى **اتجاه مقارب للتحليل النفسى.**

الثانية: هى أن بعض العملاء لاينجح علاجهم بهذه الطريقة وانما قد **ينتهى بهم الأمر الى ازدياد القلق.**

وعلى سبيل المثال فقد استخدم باريت (١٩٦٩) Barrett اسلوب التفجر الضمنى الداخلى لعلاج بعض طلاب الجامعة من الخوف من الثعابين عن طريق تخيل عدد كبير من الثعابين وقد حدث بالنسبة لأحدى الطالبات أن اصبح منظر الثعابين مشروطا بإغلاق العينين الذى كان يتم خلال العلاج وبهذا اصبحت كلما اغمضت عينيها ترى الثعابين وبدأت تعانى من اضطرابات النوم وبدأت تضطرب فى دراستها وتتغيب عن المحاضرات.

الفصل التاسع

الإشراط التنفيرى
Aversion Conditioning

يرجع استخدام الاساليب التنفيرية فى تعديل السلوك الى فجر التاريخ حيث لاحظ الأقدمون أن السلوك غير المرغوب يمكن انهاءه اذا اقترن هذا السلوك بحادث منفر. وتشتمل الاساليب التنفيرية على عرض مثيرات غير سارة أو أحداث غير سارة عقب ظهورالسلوكيات (الاستجابات) غير المرغوبه من جانب العميل وذلك فى علاقة زمنية قريبة من حدوث الاستجابة وبذلك يقل حدوث الاستجابة غير المرغوبة.

ويمكن تفسير ماتؤديه الأحداث المنفرة على أساس نظريتى الاشراط الكلاسيكى (لبافلوف) والاشراط الاجرائى (سكنر).

ففى الاشراط الكلاسيكى يكون لمثير طبيعى (غير مشروط) القدرة على توليد استجابة (غير مشروطة) فاذا صاحبنا هذا المثير الطبيعى بمثير محايد ليس له القدرة على توليد الاستجابة بمفرده لفترة كافية فان هذا المثير المحايد يصبح له القدرة على احداث الاستجابة نفسها وذلك عند ظهوره منفردا ويطلق عليه فى هذه الحالة المثير المشروط.

وعلى ضوء هذ النظرية يمكن القول بأنه عندما يتعرض الكائن الى مثير منفر فان يعض الافعال المنعكسة (الاستجابات) الفسيولوجية تتولد وتأخذ صورة استجابة الخوف، وتحت ظروف مناسبة فان المثيرات المحايدة التى توجد بصحبة المثيرات المنفردة تكتسب ايضا القدرة على توليد نفس الاستجابة (استجابة الخوف) أو استجابة مشابهة. وفى هذا النسق فان استجابة الخوف تشترط لهذه المثيرات التى كانت محايدة فى وقت سابق.

وكمثال لاستخدام هذا الاسلوب فى العلاج النفسى، فان الشخص المدمن على تعاطى الخمر اذا تعرض لمثير مؤلم يولد استجابة الخوف (مثل تعاطى بعض الأدوية التى تسبب القئ) بينما يتعاطى الخمر، فانه بعد عدة

مرات مـن هذه الخبرة يصبح الخوف مشروطا لتناول الخمر. بمعنى ان الخمر وهو مثير لم يكن يولد استجابة الخوف لدى هذا الشخص قد اصبحت الآن مثيرا (مشروطا) يولد استجابة الخوف، وفيما بعد يصبح شكل وطعم ولون ورائحة الخمر مثيرة للتغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالخوف مما قد يدفع هذا الشخص الى التوقف عن تعاطيها.

أما فى نظرية الاشراط الاجرائى، فان التركيز يكون على نتائج الاستجابة بدلا من الأحداث (المثيرات) التى تسبق السلوك، وتبعا لهذه النظرية فان كل السلوكيات السوية وغير السوية تبقى أو على الاقل تتأثر بشدة بالأحداث المدعمة، وبذلك فانه عندما ينتج عن استجابة ما حادث ذو تدعيم ايجابي أو تجنب حادث ذى تدعيم سلبى فان احتمال حدوث هذه الاستجابة فى المستقبل سيزداد. وعلى العكس من ذلك فانه عندما تولد استجابة ما حادثا (مثيرا) منفراً أولا يعقبها أى نتائج فان احتمال حدوث هذه الاستجابة فى المستقبل سينخفض. وهذان النمطان يطلق عليهما العقاب (ظهور المثير المنفر) والانطفاء (عدم حدوث شئ) على التوالى وقد استخدم هذان الأسلوبان فى الممارسة العلاجية الكلينيكية.

وكمثال لهذا النوع من الاشراط فى العلاج السلوكى فان بعض الاطفال وبصفة خاصة المتخلفين عقليا تكون لديهم عادة سيئة كضرب رءوسهم فى الحائط مما يترتب عليه نتائج ضارة لهم. ومثل هؤلاء الاطفال اذا اعقبنا كل ضربة للرأس لهم بنتيجة مؤلمة (مثلا صدمة كهربائية خفيفة) فانه بعد عدد كاف من هذه الخبرات المؤلمة (الصدمات) نجد أن هذه العادة السيئة قد تناقصت.

وفى الواقع العملى فانه فى الممارسات الكلينيكية قد يستخدم اسلوب كلاسيكى مع اسلوب اجرائى. كذلك فان بعض الاساليب العلاجية يمكن

تفسيرها على ضوء كلتا النظريتين. وسوف نتناول فيما يلى استخدام كلتا النظريتين فى العلاج التنفيرى.

أولا: أساليب الاشراط الكلاسيكى:

والفكرة الاساسية فى هذه الاساليب كما سبق أن ذكرنا هو المزاوجة بين مثير يولد الالم أو الخوف أو الضيق أو القئ أو تقلص العضلات مع مثير محايد نود اكسابه هذه الصفات.

ومن اشهر استخدامات الاشراط الكلاسيكى التنفيرى تلك الطريقة التى اقترحها فوجتلين (١٩٥٠) Voegtlin لتقليل سلوك تعاطى الخمور. وفى هذه الطريقة يعطى المرضى مادة الإميتين Emitine أو الأبومورفين Apomorphine (مثيرات غير مشروطة) حيث تحدث هذه المواد حالة من القيئ والمغص الشديد خلال نصف ساعة، وقبل ان يحدث القئ بفترة قصيرة يطلب من المرضى ان يتناولوا المشروب الكحولى (الخمر) الذى اعتادوا تناوله ويتكرر هذا الأسلوب لمدة عشرة أيام وقد ذكر الباحث أنه امكن شفاء ٥٠٪ من حالات تعاطى الخمور باستخدام هذ الطريقة واستمروا على عدم التعاطى حتى عند متابعتهم بعد عامين من العلاج.

وما يحدث فى مثل هذه الطريقة للعلاج هو أن المشروب الكحولى قد أصبح مثيرا مشروطا يولد استجابة القئ وبذلك ينطفئ سلوك التعاطى.

ثانيا: أساليب الأشراط الاجرائى:

والفكرة وراء استخدام هذه الأساليب هو أن السلوك الذى ينتج عنه (يعقبه) **نتائج غير سارة سيتناقص، وفيما يلى بعض اساليب العلاج التى تقوم على هذه القاعدة.**

١- الحرمان من التدعيم الايجابى لبعض الوقت

Time-out of positive Reinfocement

تفترض هذه الطريقة أن نقصان تكرار الاستجابة يمكن أن يحدث نتيجة منعنا الفرد من الحصول على التدعيم الايجابى بعد اتيانه سلوكا معينا مثلا ان نحرم الطفل من اللعب مع أترابه لفترة قصيرة اذا بدا منه عدوان عليهم. وبذلك نحرمه من التدعيم الايجابى الذى يحصل عليه من اللعب مع زملائه. وهناك اسلوبان للحرمان بعض الوقت من التدعيم الايجابى.

الأول: يعتمد على حرمان الفرد من المدعم.

الثانى: وفيه يستبعد الفرد من موقف التدعيم.

وفى معظم الأحيان فإن الاختيار يتم على أساس الاعتبارات العملية، ففى الطريقة الاولى وهى حرمان الفرد من المدعم فان التغيرات تركز على استبعاد التدعيم مع قليل من التغيير فى وضع الفرد، ومثال ذلك ان نقفل جهاز التلفزيون كنتيجه لاختلاف الاطفال على أى البرامج (القنوات) يشاهدون، وهذا يخفى التدعيم بعض الوقت. وفى الطريقة الثانية فان التغيرات الهامة تشتمل على استبعاد الفرد نفسه من المدعمات المتاحة فمثلا عندما يحرم المدرس الطالب العدوانى من الاثار الايجابية لوجوده فى حجرة الدراسة بحرمانه من جانب من الحصة أو عندما يستبعد الطالب الذى أخل بالنظام من الاشتراك فى عروض حفل المدرسة.

ويمكن استخدام طريقة الحرمان بعض الوقت من التدعيم بنجاح مع اشخاص من أعمار مختلفة وخصائص شخصية ومشكلات متنوعة ويتوقف نجاح هذه الطريقة على:

١- التعرف على المدعم الايجابى.

٢- التأكد ان استبعاد التدعيم يحدث عقب السلوك المستهدف مباشرة.

ولهذا ينبغى على من يستخدم هذه الطريقة من المعالجين أو المدرسين أن يتأكدوا من وجود علاقة تدعيمية بين المدعم (الذى سيستبعد) وبين السلوك. فالمدرس الذى يستبعد طفلا عدوانيا من نشاط صفى غير محبب له فانه لن يحصل على النتيجة المرغوبة، بل ربما يحصل على عكسها اذ يعتبر استبعاد الطفل فى هذه الحالة مدعما للسلوك العدوانى الذى يجعله يستريح من هذا النشاط.

٢- ثمن الخطأ (تكلفة الاستجابة) Cost Response

يقصد بثمن الخطأ ذلك الجزاء أو الغرامة التى توقع نتيجة سلوك معين يقوم به الفرد. ومن اشهر الغرامات مايوقع على قائدى السيارات عند تجاوزهم للسرعة المحددة.

وقد أدخل اسلوب ثمن الخطأ ضمن أسلوب اقتصاديات البونات (الفيش) token economy فبعد أن كان المعالج يترقب السلوك المناسب فيكافئه بمنح بونات. أصبح الآن يراقب أيضا السلوك غير المناسب فيسحب بونات من العميل، أى اصبح هذا الاسلوب يعتمد على منح وخصم بونات من العميل حسب نوع السلوك مرغوب أم غير مرغوب.

وترجع التجارب الأولى فى اسلوب ثمن الخطأ الى ابحاث وينر (١٩٦٢) Weiner الذى برهن على أن ثمن الاستجابة يقوم بعمل الاجراء العقابى، كما يعتبر بوركارد (١٩٦٧) Burchard من أوائل الباحثين الذين أدخلوا اساليب ثمن الخطأ فى اقتصاديات البونات. فقد استخدام بوركارد اقتصاديات البونات فى وحدة تدريب مكثف تشتمل على اثنى عشر طفلا ممن

لديهم تخلف عقلى بسيط ولهم تاريخ طويل من السلوك المضاد للمجتمع مثل السرقة والاقتحام والعدوان. وقد اشتمل برنامج علاجهم على منحهم بونات يمكن أن يحصلوا فى مقابلها على الحلوى والالعاب الترويحية والرحلات وتمنح هذه البونات لهم عن ادائهم الواجبات والتعاون مع الزملاء والاهتمام بملابسهم. كما انهم يخسرون بونات اذا ماقاموا بالسلوكيات غير المرغوبة مثل الشجار أوالكذب أوالغش وبالاضافة الى فقد بونات فإنهم كانوا يبعدون من الحجرة (الحرمان بعض الوقت من التدعيم) اذا ماقاموا بأعمال عنيفة.

ونود ان نشير فى هذا الصدد الى أن التشريع الاسلامى يقرر مبدأ الأثام. كما يقرر بالنسبة للحدود ان يشهد العقوبة (إقامة الحد) طائفة من المؤمنين، وهذا الاجراء من شأنه أن يساعد على تقليل احتمال الآخرين بارتكاب نفس الاثم أو المعصية وهو مايعرف فى لغة التعلم باسم التعلم بالإنابة أو التعلم التعويضى Vicarious Learing على أنه يجدر بنا أن نشير الى أن الشريعة الاسلامية جعلت العقاب نهاية الاساليب العلاجية والتى تبدأ عادة بالنصح والموعظة والعلم كما وصفت شروطا كثيرة لاقامة الحدود بما يضمن عدالة العقاب وحماية المجتمع وتقليل فرصة قيام آخرين بنفس الجرم

وعلى الرغم من الجدل الطويل حول فاعلية الاساليب العقابية خاصة ما اثارة سكنر حول عدم بقاء اثر العقاب لفترة طويلة فان البحوث الكثيرة اثبتت ان اسلوب العقاب هو أحد الأساليب الفعالة فى تقليل السلوك غير المرغوب وأن الاباء والمدرسين والمديرين والمجتمع يستخدمونه استخداما فعالا. وقد أوضحت دراسة قام بها سيرز وماكوبر وليفين (١٩٥٧) أن ٩٩٪ من الآباء لعينة من ٣٧٩ طفلا فى مرحلة رياض الاطفال كانوا يضربون اطفالهم. وقد انتهى كل من سولمون (١٩٦٤) Solmon وأوليرى (١٩٧٦)

O'Leary الـى أن العقـاب وسـيلة فعالـة فـى تعديـل السـلوك الانسـانى اذا مـا استخدم فى اطار صحيح.

العوامل التى تساعد على فاعلية العقاب:

كما رأينا فـان العقـاب يقصـد بـه عمليـة يظهـر فيـه مثـير منفـر (غـير مرغوب) اذا ظهرت استجابة معينـة وفـى ارتبـاط زمنـى معهـا (فـى العـلاج تكون الاستجابة غير مناسبة أو غير مقبولة). وبالنسبة للانسان فان المثيرات المنفـرة هـى تلـك المثيرات التـى يتجنبهـا النـاس عـادة والتـى تشـتمل علـى مجموعـة كبـيرة مـن الأشـياء مثـل الضـرب والتوبيـخ، والرفـض، والعـزل الاجتماعى، والغرامات المالية، وسـحب المميزات، وعـدم الاهتمـام أو حتـى مايعرف بالعلاج الصامت (مثل النظرة الشديدة وبدون تعليق). وهناك عوامل تؤثر على فاعلية العقاب منها التوقيت، والشدة، والاتسـاق، ومنطـق العقـاب، ونوع الاستجابة التى نعاقب عليها.

١ - التوقيت: Timing

هل من المناسب أن نعاقب الطفل عندما يبدأ فى الشـجار مـع زميلـه ام ننتظر حتى ينتهى من الشجار؟

لقد بينت الدراسات التى قام بها والترز وبارك وكيـن (١٩٦٥) وكذلك غيرهم من البـاحثين أن العقـاب فـى وقـت مبكـر مـن سلسـلة السـلوك (الـذى نعاقب عليه) يكون اكثر فاعلية عما لو كان العقاب فى وقت متأخر مـن هـذه السلسلة أى انه من الافضل أن يظهر العقـاب فـى بدايـة الشـجار حيـن يكـون السلوك لازال برعما. وإذا كنا نعاقب على سلوك ما فانه كلما مر وقت أطول بين السلوك وبين العقاب كلما قل تأثير العقاب وفى الواقع العملى فقـد يحـدث أن يؤجل العقاب. فالشرطة والوالدان وغـيرهم قـد لايوقعـون عقوبـة مباشـرة فمثلا قد تنتظر الأم لحين حضـور الاب ليعـاقب الابـن المخطـئ أوأن تنتظـر

الشرطة حكم القضاء. لكن لحسن الحظ فان بعض الجوانب الرمزية فى هذه المواقف تساعد على زيادة فاعلية العقاب المؤجل كمعرفة الابن ان الام ستبلغ والده أومعرفة المذنب أنه سيحول الى المحكمة ثم يأخذ العقاب المناسب وكذلك فانه عندما يحضر الاب وعندما يمثل المذنب أمام المحكمة فإنه عادة يسرد عليه مافعله ثم يوقع عليه العقاب وهذا يزيد من فاعليه العقاب.

٢- شدة العقاب: Intensity

كما هو متوقع فإنه كلما ازدادت شدة العقاب كلما ازداد قمع السلوك المعاقب عليه غير أنه يجب أن نلاحظ أن هذه القاعدة لاتعمل على طول الخط فى العلاج السلوكى فيجب أن نلاحظ أن القائم بالعقاب يمكن أن يفقد أى خصائص مدعمه يمكن ان يقدمها فى مواقف أخرى اذا كان العقاب شديدا وكذلك فانه يحدث تجنب للشخص القائم بالعقاب.

٣- الاتساق Consistency

ينبغى أن يكون العقاب متسقاً بمعنى انه اذا كانت هناك استجابة غير مناسبة نعاقب عليها فيجب أن يعاقب الشخص الذى يأتى بهذه الاستجابة فى كل مرة يأتى بها. وقد أوضحت الدراسات الخاصة بالتفاعلات بين الاباء والأبناء أن وجود عقاب وتراخى يرتبط مع أعلى معدلات للجريمة فى أنواع السلوك الذى درسوه أى اكثر من الحالات التى كان السلوك يعاقب فيها أو كان السلوك لايعاقب (ماكورد، ماكورد، زولا ١٩٥٩) ولهذا فانه من الأفضل أن يكون نمط معاملة الوالدين فى العقاب متسق.

٤ - المنطق والعقاب: (معرفة سبب المنع من سلوك ما)

اذا أعطينا للطفل تعليلا لقيامه أو عدم قيامه بسلوك معين (القبول أوعدم قبول سلوك ما) فانه قد يتبع نصائحنا فى عدم القيام بالسلوك غير

المناسب. وفى احدى التجارب ذكر الباحث السبب التالى للأطفال لكى لايلعبوا بلعبة جذابة اثناء عدم وجود الباحث "من غير المناسب اللعب بهذه اللعبة عندما لا اكون موجودا معكم لانها تخص شخصا آخر" وقد كان لعب الاطفال الذين اعطوا هذا التعليل باللعبة اقل كثيرا عن مجموعة أخرى من الأطفال لم يعلل لهم الباحث سبب عدم لعبهم، ويرى توكر (١٩٧٦) Tucker انه اذا صُحب العقاب بالتعليل تكون النتيجة أفضل اى انه عندما نعلل للاطفال لماذا يبغض السلوك فانهم يتعلمون لماذا يعملون أولا يعملون الاشياء (مثلا لماذا ينبغى ألا تقترب من الكهرباء أو لماذا ينبغى ألا يأكلوا الحلوى بكثرة) وبذلك فان النصح يبدو أنه اكثر انسانية وتعليما من مجرد العقاب.

الفصل العاشر

الضبط الذاتى (ضبط النفس)

Self - Control

عندما نسمع مصطلح "ضبط النفس" فانه يترك لدينا انطباعا بأن هناك نوعا من تقييد الذات، وحين يطلب منا أن نصف الأفراد الذين نقول عنهم ان لديهم ضبط للنفس يأتى الى اذهاننا أولئك الاشخاص الذين يؤجلون الاشباع الفورى لحاجتهم فى سبيل تحقيق اهداف بعيدة المدى. فالطلاب الذين ينشغلون بالدراسة فى الوقت الذى يهتم فيه آخرون بحضور حفل أو يكون آخرون غارقين فى النوم انما هم ممارسين فى الواقع ضبطا للنفس وكذلك فإن الشخص الذى يضبط نفسه عند الغضب فلا يتصرف بحماقة نقول إنه قد مارس تقييدا أو ضبطا للنفس. وهذه الامثلة التى أوردناها تتمشى مع المعنى الذى ينطوى عليه مصطلح ضبط النفس Self Control وهو معنى يتضمن الكبح والتقييد الذى يمارسه الفرد على نفسه وكلما زاد نضال الفرد أوجهاده مع نفسه فى سبيل ضبطها كلما انطبق عليه تعبير ضبط النفس بشكل اكبر..

وضبط النفس لايمثل فى الواقع مفهوما جديدا فى تعديل السلوك. فقد عرفه علماء المسلمين وتحدثوا عنه بتفصيل كبير تحت مسميات كثيرة منها ضبط النفس، كظم الغيظ، وقوة الارادة، قوة الخلق، مجاهدة النفس..[١]

وقد انتهى ويلسون، أوليرى (١٩٨٠) Wilson & O'leary إلى التعريف التالى لضبط النفس:

"إن ضبط النفس عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك يبدأه الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصى".

وبتصور أن السلوك يتأثر بخليط من المتغيرات الداخلية والخارجية يمكن أن ننظر للسلوك على انه قد يكون محكوما بشكل تام من الخارج (مثل

---

[١] أنظر فى هذا الخصوص مؤلفات الامام ابى حامد الغزالى ومؤلفات الامام ابن قيم الجوزية.

إغماض العين عند تعرضها لضـوء شديد) أو انـه قد يكون محكومـا بشكل كبير من الداخل (مثلا مايقولـه الفرد لنفسـه ليقوم بسلوك معين). واذا كـان بوسع الفرد أن يقـوم ببعض الاجـراءات لتعديل سلوكه دون الاعتمـاد علـى ارشادات (تلقين) أو معززات من خارجـه فـان مثل هـذه الاجـراءات تعـرف بأسلوب ضبط الذات.

الأساس النظرى:

يرى كانفر (١٩٨٠) Kanfer أن الاساس النظرى لضبط النفس يقوم على المنطق الأتى:

١ ـ أن كثير من السلوكيات لايكون من السـهل تعديلهـا مـن جـانب اشـخاص غير المسترشد (المريض) نفسـه. مثـلا الغضـب والعـدوان، وبعض هـذه السلوكيات تـؤدى الـى شـعور المريض بعدم الارتيـاح رغم أن بعضـها لايلاحظه الآخرون، وقـد تتطلب الملاحظـة المستمرة وتنظيم الظـروف الخاصة بتغير السلوك الى الايداع الطويل المدى وهو أمر غير اقتصادى يحتاج الى نفقات باهظة وبهذا فان اشتراك المسترشـد فـى عمليـة التغيير أمر هام

٢- ان المواقف الخاصة بالمشكلات ترتبط عادة بشكل وثيق مع ردود الفعـل الذاتيـة ومـع بعض الانشطة المعرفيـة مثـل التفكـير، أو التخيـلات، أو التخطيط. وهذه السلوكيات لاتتـاح أساسـا للملاحظـة المباشـرة. فـاذا كـان لدى الفرد مخزونا سلوكيا للتصرف علـى أسـاس مـن أفكـاره فـإن تغيير الاستجابات المعرفية يصبح الواجب الأول فـى عمليـة المسـاعدة. ولكـى نراقب ونغير هذه السلوكيات فـإن المعـالج يجـب أن ينقـل المسـئولية الأساسية للمسترشد.

٣- ان تغيير السلوك أمر صعب وغالبا مايكون غير سار، وكثير من المسترشدين يبحثون عن المساعدة ولكنهم فى الغالب لايملكون الدافعية لتغيير السلوك بقدر مايكون دافعهم هو التخفف من التهديدات أو المضايقات الحالية دون تعديل نمط حياتهم. ولهذا فقد يكون الهدف الأول فى برامج ضبط النفس مساعدة المسترشد على تكوين دافعية للعلاج وتعديل السلوك.

٤- إن الفائدة من برامج تعديل السلوك لاتكمن فقط فى ازالة أعراض المشكلة وانما يجب أن يتعلم المسترشد فى العلاج مجموعة من المهارات التى يمكن تعميمها مثل استجابات المواجهة Coping وتقدير المواقف ونتائج السلوك، وتنمية قواعد للسلوك تناسب مواقف المشكلات والتى تساعد المسترشد على التعامل مع المشكلات فى المستقبل بشكل أفضل مما اعتاد أن يتعامل به معها فى الماضى.

ولكى نفهم الاطار العام الذى اشتقت منه اساليب ضبط الذات من المفيد أن ننظر فى بعض العمليات النفسية التى تحدث فى تنظيم الذات. فنجد ان نظرية التعلم الاجتماعى تفترض أن كثيرا من سلوكيات الحياة اليومية تتكون من سلاسل من الاستجابات التى تم بناؤها بحيث يتم التلميح للاستجابة بمجرد حدوث الاستجابة السابقة عليها مباشرة. وعلى سبيل المثال فإن الطباعة على الالة الكاتبة، قيادة السيارة، حلاقة الذقن، واعداد طعام الافطار وغيرها من الانشطة لاتتألف من أفعال منفصلة عن بعضها تتطلب قرارات متصلة نتيجة مقارنة بين استجابات بديلة على أساس من حكم الفرد على ملاءمة كل جزء منها. ومع ذلك، فانه عندما تنقطع هذه الانشطة الهادئة أو تُخفق فى احداث الاثار التى اعتاد عليها الفرد فان النشاط سوف يتوقف وحينئذ تبدأ عملية

التنظيم الذاتى Self Regulation والـذى تأسس علـى مـا أُجـرى مـن تجـارب معملية وعلى بعض الكتابات النظرية يمكن وصفها على انها سلسلة أو تتـابع يمكن تحديد ثلاث مراحل متميزة داخله. (كانفر ١٩٧٠، ١٩٧١)

ولكى نوضح ذلك نتصور أن شخصا ما يقود سيارته الـى مقر عملـه. وعندما ينحرف فى ركن بالشارع يجد نفسه فى شارع غير مألوف بالنسبة له وعندها يحدث تشوش فى السلوك أو تقطع فى السلوك وهنـا يجـب أن يوجـه السائق انتباهاً أكبر وأدق الى مايفعله، وقد يسـأل نفسـه كيـف حـدث أن دخـل الى هذا الشارع. وهذه هى المرحلة الأولـى وتسـمى مرحلـة المراقبـة الذاتيـة Self-monitoring أو الملاحظـة الذاتيـة slef-observation وتوصـف بأنهـا الحضور الواعى والدقيق للسلوك الذاتى للشخص. فبناء على الخبرة السـابقة فى قيادة السيارة الى مقر العمل فان الشخص يكون قد بنـى (كـون) توقعـات عما سوف يحدث عندما يدخل فى شوارع معينة وينحرف الـى شـارع معيـن ويمكـن ان نسـمى ذلـك محكـات أو معـايير الاداء Performance criteria or standard وهـى عبـارة عـن توقعـات لمـا يحـدث عندمـا ينفـذ سلـوكا معروفا (محفوظاً)

أما الخطوة الثانية فتكون من مقارنة بيـن المعلومـات المتحصـل عليهـا من المراقبة الذاتية ومعايير السـلوك المحـدد ويمكـن أن نسـمى هـذه المرحلـة بمرحلة التقويم الذاتى Self-evaluation، وهى استجابة تمييزية، ومضاهاة أو مقابلة ما يفعله الشخص وبين ماكان ينبغى عليه عمله واذا كان هناك تقـارب كبير بين معايير الاداء وبين المعلومات المتحصل عليها من التغذية الراجعـة فانه ينتج عن ذلك الرضا عن السلوك الذاتى بينما اذا وجدت فروق كبيرة قـد ينشأ عن ذلك عدم رضـا عـن الـذات وعلـى سـبيل المثـال فقد يكتشـف قـائد

السيارة فى المثال السابق أن الاستدارة التى قام بها فى مكان مألوف ولكنه كان سريعاً فى اتجاهه اليها.

أما المرحلة الثالثة من عملية تنظيم الذات فهى مرحلة دافعية فهى تتألف من أدارة رابطة تعزيز (تدعيم) ذاتى Self-reinforcement يرتبط بدرجة تباعد السلوك عن معايير الاداء. والتدعيم الموجب للذات ينتج عنه الاستمرار فى السلسة المتقطعة للسلوك. فمثلا قد يلاحظ قائد السيارة انه ليس حقيقة فى شارع غريب وانما الذى حدث أن لافته خاصة بمحل معين قد أزيلت أواستبدلت وقد يصبح حينئذ سعيداً بانه يسير فى الطريق الصحيح. ومع ذلك فانه اذا كانت توقعاته (المعايير) غير مستوفاة فانه قد يبدأ فى سلسلة من السلوكيات تهدف الى تصحيح الخطأ، وفى كل مرة تجرب فيها استجابة جديدة فان العملية نفسها تتكرر حتى يمكن مقابلة المعيار بالتقريب أو يتوقف (يقلع) الشخص عن السلوك كله.

ومن هذا يتضح أن أنموذج التنظيم الذاتى يقترح أن الاشخاص يميلون الى اليقظة عندما يترتب على سلوكهم نتائج غير متوقعة أو عندما يكون هناك حاجة إلى اتخاذ قرار عن كيفية الاستمرار. ومثل هذه التقطعات تكثر عند تعلم سلوك جديد أونشاط جديد حيث يجد الفرد نفسه فى موقف غريب أوعندما تتغير النتائج البيئية (ردود الفعل البيئية) وتقل الكفاءة السلوكية العامة بالدرجة التى تنفذ بها أومن العمليات النفسية الثلاث التى ذكرناها بعدم كفاءة. فمثلا لو أن السائق فى المثال المذكور قد أصبح تائها بسبب تأخره عن العمل فقد يخفق فى ملاحظة ذاته، وربما يخفق فى أن يلاحظ اين هو وكيف وصل الى هذا المكان ويحاول أن يصلح مساره بالانحراف عند تقاطع الشارع التالى بدون اكتراث كبير. واذا لم يكن قد سار فى هذا الطريق مرات كثيرة من قبل فقد تصبح معايير ادائه مشوشة اى انه قد لايذكر اين ينبغى ان

يكون بعد أن ينحرف، واذا كان هذا الشخص قد اعتاد ان ينتقد نفسه لأقل خطأ فان ميله لنقد الذات (عقاب الذات) قد يقوده الى ان يصبح متوترا أو غاضبا وتشمل معظم برامج ضبط النفس على اعداد المعايير standard-setting، ومراقبة الذات self monitoring، التقويم الذاتى self-evaluation، تدعيم الذات self-reinforcement وسوف نتناول كل واحدة منها بالتفصيل فيما بعد مع تذكر أن اى برنامج فردى يركز على أى من هذه المكونات تبعا لما لدى الفرد من مهارات وتمشياً مع مشكلته الخاصة. ويوضح شكل ص (١٨٥) تخطيطا لهذا النموذج عن كانفر (١٩٨٠) Kanfer.

وتجدر الاشارة هنا الى أن بعض العملاء الذين ينقصهم ضبط النفس يحضرون للعلاج طواعية فى اطار رغبتهم فى التخلص من بعض العادات مثل التسرع بالعدوان أو سرقة المحلات اثناء تسوقهم فيها أو تعاطى المخدرات فهؤلاء الأفراد يجدون نتائج بيئية مريحة لهم أو يشعرون معها بنوع من الاشباع والرضا الفورى يجعلهم يعودون اليها فى حين أن النتائج الاجتماعية السيئة لاتحدث الا متأخرا مثل القبض عليهم أو نظرة الاحتقار من جانب المجتمع. وقد يكون من أول ما يحاوله المعالج فى هذه الحالات زيادة حدة الصراع بين الاثار الطيبة (من وجهة نظر العميل) والاثار السيئة (التى يلقاها من المجتمع) وذلك لدفع العميل الى الاسراع بالتغيير لسلوكه. ويتم ذلك من خلال مناقشة الاثار المنفرة وعوامل التشجيع الذاتى، والمواجهة الدافعية والتقويم الذاتى وهذه كلها تساعد على أن يكرس العميل جهده ويلتزم التزاما كاملا بعملية التغيير.

ويرى كانفر (١٩٨٠) ان احتمال ان يبدأ شخص ما برنامجا للضبط الذاتى (ضبط النفس) يتأثر بالبيئة التى يعيش فيها وعلى سبيل المثال فان قرار أن يبدأ شخص ما برنامجا لضبط الوزن يمكن ان يتأثر بحد بعيد بالعوامل الأتية:

(١) معلومات من طبيبة بأن الوزن الذائد يؤثر على الصحة. (على صحة الشخص)

(٢) الاثار التى تنتج عن زيادة تناول الطعام فى أيام الأجازات.

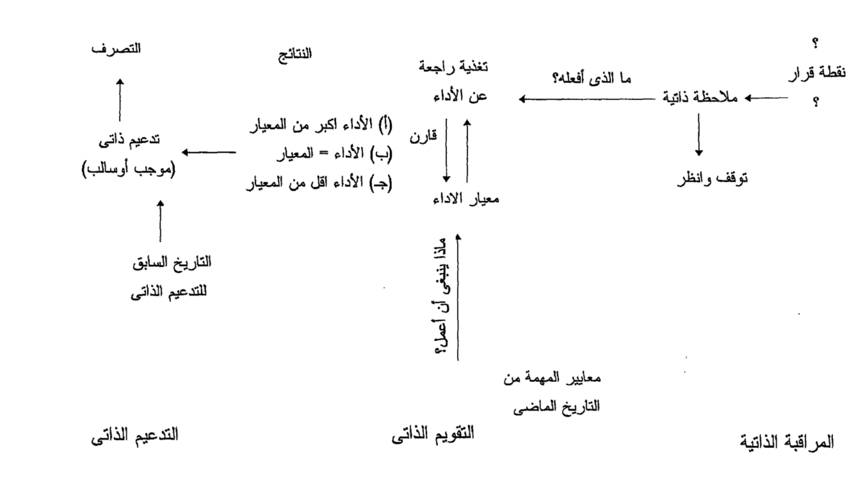
(٣) الملابس أصبحت ضيقة.

(٤) قرار يتخذه أحد أصدقائه بأن ينظم تناوله للطعام.

ويمكن أن ننظر الى ضبط النفس على أساس من طول الفترة التى تتطلبها هذه العملية فيقسم تبعا لذلك الى نوعين

ففى النوع الأول: وهو ضبط النفس المتصل باتخاذ القرار نجد أن الشخص يواجه باختيار بين الهروب من موقف مضايق له وبين الاقدام على هذا الموقف والذى له نتائج أفضل فى المدى البعيد ويختار الفرد أن يترك الهروب ويقدم على الموقف وفى هذه الحالة فان اتخاذ القرار ينهى التتابع السلوكى. ومن الامثلة على ذلك أن يعتذر الطالب عن حفل لكى يستذكر دروسه، الاقدام على عمل اضافى لتحسين الدخل، الامتناع عن اكل الحلوى بعد وجبات الطعام، السفر بالطائرة رغم أنه يخاف ركوب الطائرات. وبمجرد أن يتخذ القرار فانه لايمكنه تغييره وبذلك ينتهى عنصر الصراع الذى يعتبر بالتعويض جزءاً من ضبط النفس ويستبعد كمحدد لمزيد من السلوك. وكلما قصر الوقت الذى يتخذ فيه القرار كلما قل تأثير المتغيرات التى تحد من جاذبية الإثابة المتاحة.

وفى النوع الثانى. تكون مقاومة التردد أو تحمل الالم لفترة طويلة يمكن خلالها اعادة تقويم الاستجابات المتصارعة بصفة مستمرة. Protracted self control situations


؟
نقطة قرار
؟
ملاحظة ذاتية
توقف وانظر
ما الذى أفعله؟
تغذية راجعة
عن الأداء
قارن
معيار الاداء
ماذا ينبغى أن أعمل؟
معايير المهمة من
التاريخ الماضى
النتائج
(أ) الأداء اكبر من المعيار
(ب) الأداء = المعيار
(جـ) الأداء اقل من المعيار
التصرف
تدعيم ذاتى
(موجب أوسالب)
التاريخ السابق
للتدعيم الذاتى
المراقبة الذاتية
التقويم الذاتى
التدعيم الذاتى

فمثلا التركيز على استذكار الدرس فى الوقت الذى تنبعث فيه الضوضاء من عند أحد الجيران ومحاولة ضبط العدوان ازاء طالب مشاكس فى الفصل، أو الاستمرار فى السباق أوالتدريب البدنى الشاق رغم زيادة التعب تمثل حالات من ضبط النفس المستمر لفترة ممتدة. حيث يجب أن تنفذ الاستجابة المطلوبة (المرغوبة) رغم وجود الترددات الوقتية فىالتفكير وفى الحالات الانفعالية أو البدنية والتى من شأنها أن تزيد من الإغراء على قطع الموقف فى أى لحظة. وعملية ضبط النفس الممتد يتطلب سلسلة مستمرة من القرارات للمحافظة على سلوك غير مفضل اساسا لصالح تتابع سلوكى بعيد المدى ويتضح من المفارقة بين الموقفين أن هناك متغيرات وبرامج مختلفة تكون مناسبة لكل منهما. فمثلا نجد أن هناك برامج ضرورية لدفع الشخص لاتخاذ قرار بتجنب المخدرات أو رفض دعوة إلى حفل يقيمها اصدقاؤه تختلف عن تدريبه على الجلوس فى حفل والامتناع عن تعاطى المخدر. على أن البرنامج الشامل يجب أن يتضمن اساليب للتدريب على كلا النوعين من المواقف ومع ذلك ففى بداية البرنامج يساعد المعالج الشخص على أن يتمرس على ضبط الذات الخاص بالقرارات وأن يتجنب التعرض الطويل للاغراء. وعلى سبيل المثال عندما نساعد شخصا على الانسحاب من استخدام المخدر نبذل جهدا اكبر فى تدريب هذا الشخص على اتخاذ قرارات لتجنب المواقف الاجتماعية والبدنية والنفسية التى ترتبط بتعاطى المخدر أكثر مما نعده على تحمل مشاهدة المخدر وموقف تعاطيه بدون أن يشترك فيه من جديد.

وفى الواقع العملى فان المشاهد أن العقبة الاساسية فى البداية هى التغلب على جوانب الجذب الخاصة بالسلوك المشكل. فمثلا بالنسبة لمعتاد

المخدرات فقد يجد موقفا مناسبا ليذهب إليه لتعاطى المخدر مثل حفل خاص يقيمه اصدقاؤه. وعناصر الجذب هنا أنه لم يسبق لم أن قبض عليه، إنه يشعر بالارتياح من سلوكه (المنحرف) رغم أنه قد تنتابه بعض جوانب القلق من أن يقبض عليه وان يدخل السجن ويفقد وظيفته لكنها نتائج بعيده وغير مؤكده لديه. عند هذه النقطة فان التدريب على التنظيم الذاتى أو الضبط الذاتي قد يغير الميزان فيجد العميل نفسه فى موقف صراع فيتوقف مؤقتا مقارنا بين الامتناع وبين الاستسلام للموقف. فإذا كان لايميل إلى تصرفات تتعدى المعيار الذى وضعه مسبقا فمن المحتمل أن ينتج عن ذلك عملية فقد ذاتى أوقلق أو أى نتيجة منفرة. وكنتيجة لذلك يصبح من المحتمل أن يهرب من موقف الاغراء عن أن يستسلم له. وعلى سبيل المثال فقد يشغل نفسه ببعض الاعمال المحببة له أو يطلب صديقا فى التليفون ويتحدث اليه.

ومانود توضيحه فى هذه المناقشة هو أن التدريب على ضبط النفس يتطلب مساندة مبكرة قوية من المعالج مع تشجيع العميل على الاعتماد بالتدريج على مهاراته التى يكونها والتى تشتمل على مهارات فى:

(١) المراقبة الذاتية (مراقبة الذات).

(٢) تكوين قواعد محددة للخلق عن طريق التعاقد مع الذات أومع آخرين.

(٣) البحث عن المساندة من البيئة

(٤) التقديم الذاتى.

(٥) توليد نتائج مدعمة قوية للاشتراك فى السلوكيات التى تحقق اهداف ضبط الذات.

ويشتمل مفهوم ضبط النفس على أنه يمكن تعليم الفرد أن يعيد تنظيم الارتباطات الفعالة التى تؤثر على السلوك بطريقة تجعله يعايش فوائد بعيدة المدى على الرغم من انه قد يكون عليه أن يقلع عن بعض الاشباعات أو يتحمل بعض المتاعب فى البداية. وتقترح هذه الطريقة ان ضبط النفس هو مفهوم متحرك، فاذا استمتع الفرد تماما بنشاط رغم وجود نتائج سيئة بعيدة المدى فانه لاينشأ صراع وبالتالى لاتطبق مسألة ضبط النفس. وعلى سبيل المثال فان الشخص الذى يدخن بشراهة قبل معرفته بالاثار السيئة لهذا السلوك أو الذى يعرف تماما ماهى الاخطار الخاصة بالتدخين ولكنه لايرغب فى التضحية بمتعته المباشرة فى سبيل حياة أطول فان مثل هذا الفرد لاينخرط فى السلوكيات التى تقع فى اطار تحليل ضبط النفس وهو لم يخفق فى ممارسة ضبط النفس...

وبمعنى آخر فاننا نتحدث عن ضبط النفس فقط عندما يبدأ الشخص بعض السلوك الذى يحاول بنجاح أو عدمه أن يغير احتمال التصرف المشكل.

ويكون برنامج التغيير نفسه موقف ضبط نفس عندما يكون أحد العملاء فى موقف صراع بين قبول المعاونة المتخصصة (من معالج أومرشد) وحل مشكلته الخاصة أو عندما يهدد برنامج للعلاج بانهاء الجوانب السارة فى سلوك المشكلة. وفى مثل هذه الحالات فانا ينبغى مساعدة الافراد أن يطوروا أساليب ضبط النفس ليحافظوا على برنامج التغيير.

أساليب الضبط الذاتى (ضبط النفس) :

تشتمل الاساليب العلاجية التى يضعها المعالجون تحت الضبط الذاتى على الأساليب الاتية:

- ضبط المثير

- اختيار المعايير الذاتية

- التعليمات الذاتية (الحديث إلى النفس).

- التسجيل الذاتى

- التحكم فى النتائج

١ - ضبط المثير: Stimulus Control

يقصد بضبط المثير اعادة ترتيب (تنظيم) البيئة من جانب الفرد لكى يحث أويقلل بعضا من سلوكياته. وقد استخدم هذا الأسلوب بشكل واسع فى البرامج التى تساعد العملاء فى التقليل من الأكل أو التدخين. وكما هو معلوم لدى المدخنين فان سلوك التدخين يمكن أن يثار لرؤية طفاية السجاير أو الجلوس فى كرسى ارتبط بالتدخين. وكذلك فان شراء أطعمة معينة وتناولها يمكن أن يتأثر بالأحداث البيئية مثل أطباق الطعام الشهية.

وقد أجرى ستيوارت (١٩٦٧) Stuart دراسة اشتملت على برنامج لتخفيض الوزن تركز بجانب متغيرات أخرى على أعادة ترتيب المثيرات. وتتلخص أساليب ضبط المثير التى اتبعها فى الأتى:

١- ابعاد الطعام من كل الاماكن فى البيت فيما عدا المطبخ.

٢- محاولة حفظ الأطعمة التى تتطلب بعض الاعداد.

٣- جعل الطعام خبرة خالصة لاترتبط بأنشطة أخرى مثل القراءة أو الاستماع للراديو أو التحدث فى التليفون.

وقد اشترك فى هذا البرنامج ثمان نساء من ثقيلات الوزن وامكن أن يفقدوا ٣٨ رطلا فى المتوسط على مدى ١٢ شهرا من العلاج وتراوح انخفاض الوزن بين ٢٦، ٤٧ رطلا كذلك فان ضبط المثير استخدم بنجاح فى برامج التغلب على الوزن وتكوين عادات حسنة ومقاومة الأرق. وفيما يلى النظام الذى أعده كوتس وثوريسون ١٩٧٧ Coates & Thoresen.

١- اذهب للرقاد فى السرير عندما تشعر بدخول النوم عليك.

٢- لاتستخدم السرير فى أى غرض آخر غير النوم (مثل الجلوس أوتناول الطعام أو الاستذكار)

٣- اذا وجدت نفسك غير قادر على النوم قم واذهب الى غرفة أخرى وابق فيها لأى وقت ترغب ثم عُد إلى غرفة النوم.

٤- اذا كنت لاتزال غير قادر على النوم كرر الخطوة رقم ٣.

٥- استيقظ فى نفس الموعد كل يوم.

٦- لاتأخذ فترات نعاس فى الظهيرة.

هذه الخطة تعمل أساساً على الربط بين تنشيط استقبال الجسم للنوم فى موعده عن طريق عدم تشجيع النوم فى الأوقات الأخرى (خطوة ٥، ٦) مع إعداد السرير ليكون مثيراً للنوم.

٢ - الإختيار الذاتى للمعايير: Self-selection of standards

عندما نقرر أن نقوم ببعض المهام مثل التدريبات الرياضية أو الاستذكار فاننا نقوم فى الغالب باعداد هدف أومعيار لانفسنا. فمثلا يقول الفرد لنفسه اننى سأجرى لمسافة ٢ كيلو أوانى ساقطع كيلو متر فى عشر دقائق أو أنى سأقرأ عشرين صفحة أوساكتب صفحتين. وقد اظهرت دراسات

عديدة ان اعداد غاية أو معيار ربما تكون قليلة القيمة. أوذات اثر انتقالى (باندورا وبيرلوف ١٩٦٧، ساجوتسكى، باترسون وليبر ١٩٧٨).

ويمكن باستخدام اسلوب مختلف شيئاً ما يشتمل على اعداد الهدف والتدعيم. وقد أوضحت دراسات مختلفة أن هذا الاسلوب الذى يعتمد على اعداد معايير للتدعيم سواء بواسطة المعالج أوبواسطة الفرد نفسه لها اثار طيبة على الأداء. وقد أوضحت الدراسات ايضا انه اذا كانت معايير التدعيم قد حددها الفرد نفسه فان نتائجها تكون افضل من حيث انها لاتنطفئ بسرعة.

وقد أجرى باندورا وسيمون (١٩٧٧) Bandura & Simon دراسة لتقويم اثار كل من تحديد هدف، والمراقبة البسيطة لتناول الطعام ووجد الباحثان ان الأفراد الذين لديهم سمنة وقاموا ببساطة بمراقبة تناول الاكل لم ينقص وزنهم على مدى شهر وعلى العكس فان الافراد الذين راقبوا تناول الطعام وحددوا لانفسهم أهدافا اسبوعية ويومية نقصت أوزانهم. ومن الضرورى أن نلاحظ أنه عندما أخفق الافراد الذين نقص وزنهم فى اعداد الهدف حتى عندما استمروا فى تسجيل تناول الطعام قد ازداد تناولهم للطعام وأخفقوا فى انقاص وزنهم. وكذلك فان الافراد الذين ركزوا على اهداف بعيدة المدى اكثر من الاهداف المباشرة، نادراً ما يفقدون وزنا. وتتفق هذه النتيجة مع استخدام الاعداد المباشر للهدف فى كثير من برامج الضبط الذاتى.

٣- التعليمات الذاتية: (حديث النفس) Self-Instructions

نحن نتحدث الى أنفسنا. وهذا الحديث يأخذ صورا عدة وما نقصده بالتعليمات الذاتية هو ذلك النوع من حديث النفس الذى يأخذ صورة الحث والتوجيهات والطلب (مثلا انا لن أسرق، لن استجيب لطلب هذا الصديق، ان على أن اجرب ذلك الطريق مرة أخرى وهكذا) وقد استخدم التدريب على

التعليمات الذاتية لتغيير الانواع الاندفاعية من العدوانية والنشاط الزائد لدى الاطفال وكذلك الاداء العقلى لمرضى الفصام وعيوب الكتابة لدى الاطفال الصغار والغضب لدى الكبار (ميكنبوم ١٩٧٧ Meichenbum)

ومن الأمثلة الجيدة فى مجال التعليمات الذاتية ذلك البرنامج الذى اعدة ميكنبوم وجودمان (١٩٧١) لتعليم الاطفال المندفعين أن يعدلوا من سلوكهم غير اللفظى وقد اشتمل هذا البرنامج على:

(١) شخص راشد يقوم بنمذجه واجب أومهمة بينما يتحدث الى نفسه بصوت عالى.

(٢) يقوم الطفل بأداء نفس الواجب (المهمة أو السلوك) تحت توجيه الانموذج.

(٣) يقوم الطفل بأداء الواجب بينما يعطى تعليمات لنفسه وذلك بصوت عال ثم فيما بعد ضمنيا.

٤- التسجيل الذاتى والتقويم الذاتى Self-Recording and Self-Evaluation

يقصد بالتسجيل الذاتى عملية مراقبة السلوك الذى يتطلب احكاما تقويمية بسيطة نسبيا. (مثلا عدد الصفحات المقروؤة، عدد الكيلومترات التى جراها الشخص،عدد السجائر التى تم تدخينها) وعلى العكس من ذلك فإن التقويم الذاتى يشير الى اسلوب يتطلب وجود فرد يقوم بالحكم على سلوكه بطريقة شخصية أوذاتية كأن نقول مثلا قوم سلوكك على مقياس من ١-١٠، قوم مقالك على أساس من الابداع والتنظيم الذى يحتويه.

ويرى بندورا وسيمون (١٩٧٧) أن التسجيل الذاتى أو التقويم الذاتى وحدة لايتوقع أن يكون له تأثير ذا قيمه على السلوك مالم تدخل المتعلقات الموجبةأوالسلبية فى النشاط وبذلك فان من المفترض أن النتيجة المترتبة على النشاط هى التى تحدث تغيير السلوك. وقد قام إيوارت (١٩٧٨) Ewart

بدراسة أعطى فيها تقديرات موجبة وسالبة ومحايدة عن الوعى بالنسبة للوقت لدى عينة من البحث. وقد حدد الباحث الوعى بالوقت time awaraess بعدد المرات التى ينظر فيها الفرد فى الساعة لمعرفة الوقت. ويعتبر التعرف على الوقت سلوكا سهل الملاحظة ذاتيا وقد تبين أنه قبل أن يعطى الباحث التقديرات المذكورة فان هذه العملية كانت تدرك بشكل محايد من جانب المفحوصين وبعد أن طلب الباحث من المفحوصين تسجيل عدد المرات التى بحثوا فيها عن الوقت ثم اصدار تقديراته (الموجبة، السالبة، المحايدة) فان المفحوصين غيروا سلوك البحث عن الوقت تبعا للتقديرات التى قدرها الباحث.

وقد بينت مجموعة من الدراسات أن الافراد الذين سجلوا عدد السعرات الحرارية التى يحتوى عليها الطعام الذى يتناولونه وحددوا أهدافاً تقريبية قد فقدوا كمية ذات دلالة من أوزانهم وقد ذكرنا فى صدر هذا الكتاب عند التحدث عن تقدير السلوك كيف أن بعض الادباء مثل أرفينج والأس كان يقوم بالتسجيل الذاتى لسلوكه ويعد لوحات يوميه عن نشاطه. ويشير مصطلح التقييم الذاتى إلى الاحكام التى يصدرها الشخص عن سلوكه على اساس شخصى وكما ناقشنا فان سلوكيات التقويم الذاتى قد تكون ذات تأثير فى تغيير السلوكيات لان التقويم يخدم فى سلوكيات التسجيل الذاتى عندما يجد الفرد مثلا تقديرات موجبة. فقد أوضحت بعض الدراسات أن اساليب التقويم الذاتى سواء أثارها الآخرون أو أثيرت ذاتيا من الفرد نفسه تكون فعاله عندما يكون الفرد راغبا فعلا فى تغيير السلوك المستهدف بالتقويم (مثلا طريقة كلامه مع الأخرين أو الغضب..) ومما هو جدير بالذكر أن التقويم الذاتى يُمثل مرحلة هامة من مراحل العلاج بالواقع اذ لو ساعدنا العميل على الحكم على سلوكه الذاتى فانه لاشك باتباع خطة العلاج التى يعدها مع المعالج أو المرشد يمكن أن يحقق تغييراً فى سلوكه.

وقد انتهى كل من بولستاد وجونسون ١٩٧٢، ورابمان وزملاؤه ١٩٧٣ إلى أن التقويم الذاتى عندما يقترن مع تقديم المكافآت للسلوك الاكاديمى والاجتماعى قد اثبت فاعلية كبيرة. وعلى سبيل المثال عندما يتعلم الاطفال ذوى المشكلات الانفعالية الشديدة أن يقوموا سلوكهم فى الصف على مقياس من ١-١٠ درجات وأعطيت لهم تغذيه راجعة وكوفئوا على التغذية المناسبة والسلوك فانهم استطاعوا المحافظة على التغير فى السلوك الذى حققوه خلال برنامج علاجى اتبع فيه اسلوب فيشات التدعيم (البونات) ويستمر ذلك حتى بعد انتهاء برنامج العلاج.

٥- النتائج المنفذة ذاتيا (التدعيم والعقاب الذاتى)

بنفس الطريقة التى يستجيب بها آخرون بطرق تؤثر علينا فان بوسعنا **أن نزود أنفسنا بنتائج يمكن أن تغير من سلوكنا الذاتى.** وهذه النتائج المنفره **ذاتيا يمكن أن تكون ظاهرة أومغطاه. ومثلا عندما** نشترى أونستعيد شيئا ما **أوعندما نقول لانفسنا شيئا. وهذه النتائج تحدث** عادة متصلة مع اعداد هدف ومع التقويم الذاتى. رغم أنه قد يكون هناك أوقات نعد نتائج السلوك بدون أن نحدد الاهداف مثلما يحدث عندما نرتكب خطأ معينا ونبدأ فى لوم انفسنا...

وقد درس ماهونى، مورا وويد (١٩٧٣) اثار الاثابة الذاتية والعقاب الذاتى والمراقبة الذاتية على انقاص الوزن. وقد اشتمل مكافأة الذات أوعقاب الذات على أن يكافئ الافراد انفسهم أو يوقعوا غرامات على انفسهم للتقدم أو نقص التقدم الذى احرزوه فى نهاية كل اسبوع بالنسبة لانقاص أوزانهم.

الفصل الحادى عشر

العلاج السلوكى المعرفى
Cognitive Behavior Therapy

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفى فى العلاج النفسى مع العقد السابع من هذا القرن، ولم يكن ذلك وليد الصدفة ولكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لايضطربون بسبب الاحداث ولكن بسبب مايرتبط بهذه الأحداث من أفكار. كما يعد امتداداً لطريقة كل من أدلر، ودولارد وميلر فى عملية العلاج، وفى الحقيقة يعد ظهور هذا الاتجاه نتيجه عده عوامل أهمها:-

١- كرد فعل على الانتقادات التى وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة فى الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقط بتغيير السلوك، كما انتقدها البعض من زاوية أن التخلص التدريجى والمنظم من الحساسية ليس أسلوبا سلوكياً بحتاً ولكنه يتطلب الاستبطان أى فحص المسترشد لأفكاره ودوافعه ومشاعره وتحكمه فى أفكار وصوره العقلية، وخاصة أن رأى سكنر فى هذا الصدد غير صامد جيداً للمقاومة. وهو مايعد اتجاهاً توفيقياً بين السلوكية ومعارضيها.

٢- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دولارد وميلر، ونظرية بندورا الباب فى هذا الاتجاه، وأصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المثير والاستجابة غير كافياً فى معرفة الميكانزمات المستترة فى الحفظ ومعالجة المعلومات كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز، وقد تفشل رغم وجوده، إضف لذلك اختلاف عملية التعلم لدى الراشدين عنها لدى الاطفال، وكلاهما يختلف عن الحيوان من ناحيتين هما استخدام الإنسان للرموز كاللغة والإشارة وغيرها، وان عملية التعلم لدى الانسان أكثر تعقيداً من تعلم الحيوان.

٣- لعبت جهود علماء ومفكرين مثل بياجيه وغيره دوراً أساسيا فى دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل وخاصة ربطه بين النمو العقلى والنمو الخلقى وشرح ذلك من خلال مفهومين أساسيين هما الامتصاص والموائمة. كما كانت لجهود كيلى دوراً بارزاً فى توضيح دور البيئة فى تعديل البنية العقلية والتركيبات الشخصية ومن ثم تغير السلوك.

٤- لعبت الثورة العلمية الحديثة التىاصبح الكمبيوتر فيها بمثابة السبب والنتيجة معاً دوراً أيضاً، حيث يشبه البعض المعالجات فى المخ البشرى بالمعالجات التى تتم فى الحاسب الألى على شكل مدخلات، عمليات، مخرجات، تغذية مرتده.... وهكذا.

وتعتمد الفكرة الاساسية لهذا الاتجاه على أن المتأمل لحياة الناس بصفة عامة يجد أنها لاتخلو من بعض الخبرات التى تبعث على الانسحاب واليأس والعجز بسبب مايتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وهذه الخبرات تتلون حسب مايستنتجه كل انسان فى ضوء تقييمه الذاتى وقدرته على ضبطها والتفاعل معها وقد يؤدى إلى نوع من التشويه المعرفى Cognitive distortions الذى يمكن أن يلعب دوراً أساسياً فى حدوث العديد من الأعراض المرضية وخاصة الاكتئاب، حيث تسيطر على المريض مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله، وينتابه شعوراً باليأس وتدنى تقديرات الذات. أو قد ينظر إلى المجتمع على أنه مجتمع عدوانى محبط فيتجنب الأخرين ويميل للعزلة والانطواء.

لذلك يقوم العلاج المعرفى على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والاجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر فى السلوك، ومن ثم فإن تغييرها سيترتب عليه بلاشك تغير فى سلوك

المريض، ومن رواد هذا الاتجاه آرون بيك Beck الذى يعرف العلاج بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات اثر توجيهى فعال يتم استخدامها فى علاج بعض الإضطرابات النفسية. كما يحدد بيلاك Bellack 1985 أهم المهام المنوطة بالعلاج المعرفى القيام بها على النحو الأتى:-

١- تعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا افكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

٢- تعليم المرضى تصحيح مالديهم من افكار خاطئة والتشويهات الفكرية.

٣- تدريب المرضى على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التى تطبق فى الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة ومن رواد هذا الاتجاه إليس الذى تعرف طريقته بالعلاج العقلانى الانفعالى، وبيك، وميتشنيوم ورايمى ولازروس وكيلى وغيرهم.

طرق اعادة البنية المعرفية: Cognitive Restructuring

ظهرت مجموعة من طرق العلاج فى اطار العلاج السلوكى المعرفى تقوم على أساس أعادة البنية المعرفية. وتقوم هذه الطرق على افتراض أن الإضطرابات الانفعالية إنما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى.. وتكون مهمة المعالج هى اعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف. ويمكن أن ندرج تحت هذه المجموعة. طريقة ايليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى وطريقة ميكينبوم فى ارشاد الذات وطريقة بيك فى العلاج المعرفى.

١- العلاج العقلانى الانفعالى Rational Emotive therapy

ينتمى العلاج العلاج الانفعالى إلى النظرية التى طورها البرت إيليس Ellis (١٩٦٢، ١٩٧١، ١٩٧٧) وتفترض هذه النظرية أن الاضرابات

النفسية إنما تنشأ من انماط تفكير خاطئة أو غير منطقية.

ويرى ايليس أن البشر يشتركون فى غايتين اساسيتين أولهما المحافظة على الحياة والثانية هى الاحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم. وأن العقلانية تكون من التفكير بطرق تسهم فى تحقيق هذين الهدفين على حين أن عدم العقلانية يشتمل على التفكير بطرق تقف حجر عثرة فى سبيل تحقيقها. وبذلك فان العقلانية يمكن تعريفها على أنها استخدام المنطق فى تحقيق الأهداف السريعة والبعيدة.

وفى صياغته الأولى لنظرية العلاج العقلانى الانفعالى وضع ايليس ثلاثة فروض أساسية لهذه النظرية أولها: أن التفكير والانفعال بينهما صلة وثيقة، وثانيهما أن درجة الصلة بين التفكير والانفعال من القوة بحيث أن كل منهما يرافق الثانى وانهما يتبادلان التأثير على بعضهما وفى بعض الأحيان فانهما يكونان نفس الشئ. وثالث هذه الفروض أن كلا من التفكير والانفعال تميل إلى أن تكون فى صورة حديث للنفس أوعبارات داخلية وأن هذه العبارات التى يقولها الناس لانفسهم تصبح أفكارهم وانفعالاتهم. وبالتالى فان العبارات الداخلية التى يقولها الناس لانفسهن تصبح قادرة على توليد وتعديل الانفعالات.

ويرى ايليس أن الانفعالات غير الملائمة مثل القلق إنما تقوم على اساس من افكار غير منطقية مما يؤدى إلى إعاقة السلوك الواقعي، كذلك فان العداوة Hostility قد يكون لها جانب منطقى وآخر غير منطقى فالجانب المنطقى من العداوة يشتمل على الاعتراف بالضيق أو عدم الراحة كأساس للتغلب على التذبذب على حين أن الجانب غير المتعقل من العداوة يشتمل على لوم الآخرين أولوم العالم وبطريقة تحجب التصرف الفعال وربما تولد

المزيد من عدم السعادة للشخص بل وتسبب عداوة الآخرين له. ومن ثـم فـان الانفعالات تكون مناسبة عندما تصاحبها أفكار منطقية أو متعقلة...

ويرى ايليس أن البشر لديهم استعداد فطرى وميل مكتسب لأن يكونـوا عقلانيين وكذلك لأن يكونوا غير عقلانيين. فمن ناحيـة نجـد أن البشـر لديهم طاقة كبيرة لأن يكونوا منطقيين ومولدين للسعادة ومن الناحيـة الأخـرى فـان لديهم طاقة هائلة فى أن يكونوا مدمرين لانفسهم وللآخرين وان يكونوا غير منطقيين ويكررون باستمرار نفس الاخطاء. واخفاق النـاس فـى تقبل الواقـع ينتج عنه أن يظهروا الاضطراب الانفعالى.

وينظر ايليس إلى مرحلة الطفولـة والـى البيئـة علـى أنهـا تسـاعد ذلـك الميل الفطرى لتكوين الأفكار غير العقلانيـة ونموهـا وفـى عرضـه لنظريتـه فانه يحدد العناصر الآتية:

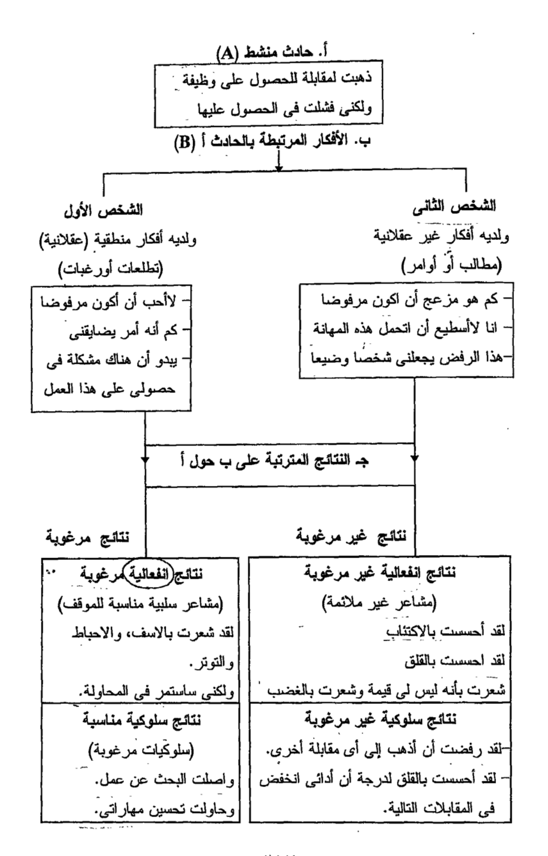
إذا كان أ (A) هو الحـدث المنشـط والـذى قـد يكـون بمثابـة شيئا وقـع بالفعل أو سلوكا أواتجاها من جانب شخص آخر.

كـان ب (B) تلـك الأفكـار أو المقـولات التـى يقولهـا الفـرد لنفسـه حـول الحـدث أ.

وكان جـ (C) هو النتيجة أو رد الفعل الذى يستجيب بـه الفـرد سـواء كان ذلك سعادة أو إضراباً انفعاليا.

فانه فى الواقع يكون هذا الانفعـال سـواء كـان انفعـالا سـارا أو انفعـالا كدراً نتيجة للحـدث الـذى سبقه (أ) وانمـا هـو نتيجـة للفكـرة الخاطئـة (ب)- أوبعبارة أخرى فان االنتائج الانفعالية والسلوكية المترتبة على احداث منشـطة فى حياتنا إنما يحكمها نظام التفكير لدينا. وأن لدينا القدرة على ضبط وتعديل معتقداتنا ومن ثم النتائج النفسية.

ويوضح الشكل التالى مثالا تصويريا علـى اسـاس مـن نظريـة ايليـس. حيث يمثل شخصين أحدهما لديه أفكـار منطقيـة والثـانى أفكـار غـير منطقيـة ومايترتب على ذهاب كل منهما إلى مقابلة للحصول على وظيفة ثم الفشل فى الحصول عليها.



أ. حادث منشط (A)
ذهبت لمقابلة للحصول على وظيفة
ولكنى فشلت فى الحصول عليها
ب. الأفكار المرتبطة بالحادث أ (B)
الشخص الثانى
ولديه أفكار غير عقلانية
(مطالب أو أوامر)
الشخص الأول
ولديه أفكار منطقية (عقلانية)
(تطلعات أو رغبات)
- كم هو مزعج أن اكون مرفوضا
- انا لاأسطيع أن اتحمل هذه المهانة
- هذا الرفض يجعلنى شخصا وضيعا
- لاأحب أن أكون مرفوضا
- كم أنه أمر يضايقنى
- يبدو أن هناك مشكلة فى حصولى على هذا العمل
جـ النتائج المترتبة على ب حول أ
نتائج غير مرغوبة
نتائج مرغوبة
نتائج انفعالية غير مرغوبة
(مشاعر غير ملائمة)
لقد أحسست بالاكتئاب
لقد احسست بالقلق
شعرت بأنه ليس لى قيمة وشعرت بالغضب
نتائج انفعالية مرغوبة
(مشاعر سلبية مناسبة للموقف)
لقد شعرت بالاسف، والاحباط والتوتر.
ولكنى ساستمر فى المحاولة.
نتائج سلوكية غير مرغوبة
- لقد رفضت أن أذهب إلى أى مقابلة أخرى.
- لقد أحسست بالقلق لدرجة أن أدائى انخفض فى المقابلات التالية.
نتائج سلوكية مناسبة
(سلوكيات مرغوبة)
واصلت البحث عن عمل.
وحاولت تحسين مهاراتى.

ويقرر البرت ايليس أن كل المشاعر المضطربة ترتبط ارتباطا وثيقا بواحد أو أكثر من الأفكار غير المنطقية الأتية:

(١) يقول الفرد لنفسه: أنه ينبغي عليّ أن اؤدى أداء جيدا وأن القى القبول والرضا عن كل ما أقوم به وإلا فإنى اكون فاشلا.

(٢) أن على الآخرين أن يتصرفوا نحوى بلطف وعدالة وإلا فأنهم يكونون مخبولين.

(٣) أن الظروف التى اعيش فيها ينبغى أن تظل حسنة وميسرة حتى أحصل على كل ما أريده بدون مجهود كبير وإلا فإن الحياة تبدو قاتمة.

وقد حدد ايليس اثنتى عشرة فكرة غير عقلانية irrational ideas يرى أنها تمثل الاسباب الكامنة وراء الاضرابات النفسية وهذه الأفكار هى:

١- أنه أمر بالغ الأهمية بالنسبة للشخص الراشد أن يكون محبوبا من كل شخص وعن كل شئ يعمله.

٢- بعض التصرفات تعتبر مزعجه أو وقحة، وينبغى أن نعاقب الأفرد الذين يرتكبونها بشدة.

٣- من المفزع أن تسير الأمور فى صورة غير التى يودها المرء.

٤- أن بؤس الانسان وشقائه هو نتيجه الأحداث والاشخاص الموجودين فى البيئة.

٥- إذا بدا شئ ما ممثلا لخطر أو لخوف فانه ينبغى أن ننشغل به بشكل زائد وأن نتضايق بسببه ويتعكر صفو حياتنا.

٦- من الأسهل أن نتجنب مصاعب الحياة والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها.

٧- أن الانسان يحتاج لاشياء أقوى منه أو أكبر منه يلقى مسئولياته عليها.

٨- ينبغى أن يكون المرء حاذقا، ذكيا ومنجزا فى كل جوانب الحياة.

٩- إذا كان قد سبق لشئ ما أن سبب لك ضيقاً فى حياتك فانه سيستمر فى التأثير عليها.

١٠- أنه ينغى أن يكون للانسان القدرة على التحكم فى بعض الاشياء.

١١- أن سعادة الانسان تتحقق من خلال عملية القصور الذاتى.

١٢- أن الانسان ليس لديه تحكم فى انفعالاته الخاصة...

وتقوم استراتيجية العلاج العقلانى الانفعالى على مساعدة العميل (المريض) على التعرف على الافكار غير المنطقية لديه وأن يحل أفكاراً أكثر عقلانية محلها.

ويشتمل العلاج على الخطوات التالية:

١- الاقناع اللفظى والذى يهدف إلى اقناع العميل بمنطق العلاج العقلانى.

٢- التعرف على الأفكار غير العقلانية لدى العميل من خلال مراقبة العميل لذاته وتزويد المعالج بردود أفعاله.

٣- تحديات مباشرة للأفكار غير العقلانية مع اعادة التفسير العقلانى للأحداث.

٤- تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.

٥- واجبات سلوكية معدة لتكوين الاستجابات العقلانية لتحل محل غير العقلانية والتى كانت السبب فى الاضطراب النفسى.

والمعالج فى طريقه العلاج العقلانى الانفعالى هو معالج نشط يقع عليه عبء كبير فى مساعدة العميل على التعرف على الأفكار غير العقلانية الكامنة وراء انفعالاته الكدرة وعلى اقتناعه بالافكار العقلانية التى تحل محلها وكذلك فى مساعدته على تغيير سلوكه من خلال اعطائه واجبات منزلية مثل قراءة كتب محددة أوالقيام بنشاط معين.

٢- اعادة البناء العقلانى المتدرج Systematic Rational Restructuring

طور جولد فرايد (١٩٧٧) Goldfried هذه الطريقة التى تعتبر أكثر تحديدا وبنية من طريقة إيليس. وتشبه هذه الطريقة إلى حد ما طريقة التخلص التدريجى من الحساسية (انظر الفصل الرابع). فيطلب من العميل أن يتخيل مدرجا من المواقف المولدة للقلق. وفى كل خطوة منها يعطى العميل تعليمات بأن يتعرف على الافكار غير العقلانية المرتبطة بهذا الموقف المحدد وأن يدحض هذه الأفكار ويعيد تقويم الموقف بطريقة عقلانية. وكذلك يطلب المعالج من العملاء أن يمارسوا اعادة البناء العقلانى فى الواقع الملموس in vivo وذلك فى المواقف التى تولد القلق.

ورغم أن هذه الطريقة تختلف فى الاجراءات عن طريقة العلاج العقلانى الانفعالى فانهما يشتركان فى نفس الأساس النظرى تقريبا.

٣- طريقة التدريب على التعليمات الذاتية لميكنبوم
Meichenbaum's self Instuctional training

تقوم طريقة ميكنبوم على إعادة البناء المعرفى عن طريق التدريب على اعطاء تعليمات ذاتية (النصح الذاتى) على أساس من فكرتين اساسيتين:

(١) فكرة العلاج العقلانى الانفعالى لألبرت ايليس وتركيزها على أن الاشياء غير العقلانية التى يقولها الانسان لنفسه هى السبب فى الاضطرابات الانفعالية.

(٢) تتابع النمو لدى الاطفال والذى يطور فيه الاطفال الحديث الذاتى (الداخلى) والضبط اللفظى الرمزى على السلوك (لوريا ١٩٦١ Luria) حيث يرى لوريا أن سلوك الاطفال يُكتسب فى البداية من خلال تعليمات يعطيها لهم اشخاص آخرون ثم فيما بعد يكتسبون القدرة على ضبط سلوكهم الشخصى من خلال تعليمات صريحة يقولونها لأنفسهم والتى تتحول فيما بعد إلى تعليمات داخلية ضمنية.

ويشتمل التدريب على التعليمات الذاتية على الخطوات الأتية:

أ- تدريب العميل على التعرف والوعى بالأفكار غير التوافقية (المقولات الذاتية)

ب- يقوم المعالج بنمذجة السلوك المناسب بينما يشرح بالكلام الطرق الفعالة وتشمل هذه الأقوال على شرح متطلبات الواجب، والتعليمات الذاتية التى تقود الأداء المتدرج، الأقوال الذاتية التى تؤكد كفاءة الشخص وتضاد الانشغال بالفشل، والتدعيم الذاتى الضمنى للأداء الناجح.

جـ- يقوم العميل بعد ذلك باداء السلوك المستهدف فى البداية يتم ذلك بينما يعطى لنفسه التعليمات المناسبة بصوت عالى ثم بعد ذلك يكون ذلك بترديدها سراً بينه وبين نفسه وتساعد توجيهات المعالج فى هذه المرحلة على تأكيد أن مايقوله العميل لنفسه فى سبيل حل المشكلة قد حل محل الأفكار التى كانت تسبب القلق فيما مضى.

وتدل الإبحاث على أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يساعد بشكل كبير على تعديل مجموعة كبيرة من السلوكيات عند الأطفال والكبار على السواء. وقد امكن استخدام هذا الاسلوب بنجاح كبير فى تخفيض المشكلات المرتبطة بالقلق مثل قلق الاختبارات والقلق الاجتماعى وقلق

مواجهة الآخرين. كذلك استخدمت هذه الطريقة فى تعديل الأداء العقلى لحالات الفصام. كما استخدمت بنجاح فى زيادة الابتكارية والمساعدة على مواجهة الضغوط والتعامل مع الألم وزيادة الضبط الذاتى لدى الاطفال المندفعين (ويلسون وأوليرى ١٩٨٠)

وقد استخدم المؤلف الأول طريقة التدريب على التعليمات الذاتية فى علاج عدد من حالات الخوف الاجتماعى لدى طلاب الجامعة المترددين على وحدة الارشاد وكانت النتائج مشجعة للغاية كما أن الأسلوب يلقى قبولا بين الطلاب فى هذه المرحلة العمرية على أنه فى بعض الحالات كان المعالج يطلب من العميل أن يتدرب على الاسترخاء قبل الدخول إلى الموقف الذى يحدث لديه القلق.

٤- طريقة بيك للعلاج المعرفى: Beck's Cognitive Therapy

طور بيك هذه الطريقة التى تدخل فى اطار اعادة البناء المعرفى عام ١٩٦٣ والهدف النهائى من هذه الطريقة كما فى سابقاتها هو تنمية انماط من التفكير العقلانى والمتوافق. ويشتمل العلاج على المراحل الاتية:

١- أن يصبح العميل واعيا بافكاره.

٢- أن يتعلم كيف يتعرف على الأفكار غير الدقيقة أو المشوشة.

٣- استبدال هذه الأفكار غير الدقيقة بافكار دقيقة وجوانب عقلية أكثر موضوعية.

٤- أن رد الفعل من جانب المعالج وتدعيمه للعميل يعتبر جزءا هاما من هذه العملية.

وتعتبر الاساليب المستخدمة فى تحقيق هذه الاهداف العلاجية ذات طبيعة سلوكية ومعرفية فى نفس الوقت. ففى الجانب السلوكى تتضمن هذه

الطريقة وصفاً لجدول واضح ومحدد من الواجبات (المهام) المتدرجة التى تسعى إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة وكذلك تشتمل على واجبات منزلية يقوم بها، أما الجوانب المعرفية فتشتمل على عملية التفرقة مثلا التفرقة بين انا أظن وهى فكرة يمكن أن تقبل التشكيك وبين انا اعرف وهى حقائق لاتحتمل الرفض وكذلك عملية الفصل decentering وذلك بتعليم العملاء أن يفصلوا أنفسهم عن خبرات الأخرين وعن الاعلانات التى يقوم بها الآخرون وعلى سبيل المثال فان شخصا قد يسمع أن جاره قد مات بازمة قلبية قد يصبح قلقا ومنشغلاً بفكرة أن هذا قد يحدث له أو لأى من أفراد اسرته. وقد طور بيك طريقتين فى اثناء ابحاثه على علاج مرض الاكتئاب حيث يرى فى نظريته للاكتئاب أن الشخص المكتئب تكون لديه نظره سلبيه نحو ذاته وللمستقبل وللعالم من حوله.

ويلخص بيك وايمرى قواعد العلاج المعرفى على النحو التالى:

١- أن العلاج المعرفى يقوم على اساس النموذج المعرفى للاضرابات الانفعاليه.

٢- أن العلاج المعرفى علاج مختصر ومحدود المدة.

٣- من الضرورى أن تتوفر علاقة مناسبة بين المعالج والعميل.

٤- أن العلاج يمثل جهدا مشتركا بين المعالج والمريض.

٥- يركز العلاج المعرفى على توجيه الاسئلة.

٦- يعتبر العلاج المعرفى علاجاً منظما ومباشرا.

٧- يتجه العلاج المعرفى نحو التركيز على المشكلة.

٨- يقوم العلاج المعرفى على نموذج تعليمى.

٩- تستند نظرية واساليب العلاج المعرفى على الطريقة الاستنتاجية.

١٠- النشاط الذى يقوم به العميل خارج مكتب الارشاد أوالعيادة يمثل خاصة اساسية للعلاج المعرفى.

الفصل الثانى عشر

حل المشكلات

Problem Solving

يمضى الانسان فى حياته اليومية فى اطار علاقة بينه وبين بيئته. وعندما تتعرض هذه العلاقة للاختلال فان الفرد يعانى من مشكلة أومشكلات. وعلى الرغم من أن حل المشكلات عملية سلوكية سواء ظاهرة (أفعال وأقوال) أو داخلية (معرفية) من شأنها أن:

(١) تقدم تنوعا من الاستجابات ذات الفاعلية الممكنة لموقف المشكلة.

(٢) تزيد من احتمالية اختيار أكثر الاستجابات فعالية بين هذه البدائل أو (الاستجابات) المتنوعة.

ويعتبر حل المشكلة مناسبا للعلاج السلوكى على اساس من افتراضين:

(١) أن عدم الفاعلية فى التعامل (coping) مع مواقف المشكلة بتبعاتهاالشخصية والاجتماعية ينتج عنه اختلالات انفعالية وسلوكية تتطلب العلاج النفسى.

(٢) أن الفاعلية العامة للشخص قد تيسر عن طريق التدريب على المهارات العامة التى تسمح له بالتعامل باستقلاليه مع تحديات الحياة اليومية.

ويمكن اعتبار التدريب على حل المشكلات على أنه معاونة الفرد على "تطوير مجموعة من التعلم Learning set ومن زيادة احتمالية التعامل بفاعلية فى مدى واسع من المواقف. وفى هذا الاطار يمكن النظر إلى التدريب على حل المشكلات باعتباره نوعا من الضبط الذاتى أو التدريب على الاستقلالية. والفرق الرئيسى بين التدريب على حل المشكلات، والضبط الذاتى هو أنه فى حل المشكلات فان الجوانب الرئيسية للاسلوب "أى اجراءات حل المشكلة" تتم بدون وعى مسبق بالاستجابة الاكثر فاعلية بينما فى أسلوب الضبط الذاتى فان الاستجابة التى تُضبط تُختار مُسبقا.

ويكون الهدف الأساسى فى حل المشكلة هو التعرف على أفضل بديل فعال الأمر الذى يتبعه بعد ذلك عمليات ضبط ذاتى أخرى لاستثارة أداء المسار المختار للتصرف والمحافظة عليه. وبذلك فان حل المشكلة يصبح مرحلة ابتدائية حرجة فى عملية من الضبط الذاتى أكثر عمومية يطلق عليها البعض الاستقلالية أو الجدارة أو الاعتماد على الذات.

معنى المكشلة:

عندما نقول أن أحد المواقف هو موقف مشكلة فان هذا يعنى وجود العناصر الأتية:

أولا: وجود وضع أوحالة مبدئية يكون الفرد فيها (م)

ثانيا: وجود وضع أو حالة تمثل هدفا أو غاية يريد الفرد أن يصل إليها ويختلف عن الحالة المبدئية أو الوضع المبدئى الذى كان عنده (غ).

ثالثا: وجود مجموعة من السلوكيات أو التصرفات التى يمكن القيام بها أو اكتسابها لتغيير الوضع المبدئى (م) إلى وضع الغاية (غ).

رابعا: لكن هذه المجموعة من السلوكيات (س) غير واضحة بشكل مباشر أو غير متاحة الأن للفرد الذى فى وضع المشكلة.

ويفرق وسكلجرين (١٩٧٤) Wickelgren بين نوعين من المشكلات هما، المشكلات واضحة المعالم (جيدة التعريف Well-defined) والمشكلات غير الواضحة المعالم (سيئة التعريف ill-defined) وتقع المشكلات التى ياتى بها الطلاب وحالات الارشاد والمرضى فى المجموعة الثانية أى غير الواضحة المعالم حيث لاتكون البدائل والتصرفات المناسبة لحل هذه المشكلات واضحة بشكل مباشر وذلك على عكس النوع الأول الذى يشتمل على حلول واضحة بل وفى بعض الأحيان يكون هناك حل وحيد وصحيح للمشكلة.

حل المشكلات:

يمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مـأزق أو موقف ضـاغط، وفـي رأى جـاني (١٩٧٧) Gagne أن حـل المشكلات هو نوع من السلوك المحكوم بقواعد. وحل المشـكلات عنـد جـانى هو عملية يستحضر فيهـا الاشخاص مفـاهيم وقواعد مـن معرفتهـم السـابقة ويستخرجون منها قواعد مـن مستوى اعلـى تسـاعدهم علـى حـل المشـكلات وهى أعلى صور التعلم وقمته.

وفى رأى أوزبيل (١٩٦٣، ١٩٦٦، ١٩٧٨) Ausubel أن عمليـة حـل المشكلات هو نوع دقيق من التعلم، ويميز أزوبيل بين نوعين من التعلم همـا التعلم يالتلقى Receptive والتعلم، بالاستكشـاف Discovery فالأول وهو التعلـم بالتلقى يتسم بوجود مواقف يتاح فيها للمتعلمين كـل مايتعلمونـه فـى صـورتـه النهائية. أما التعلم بالاستكشاف فهو يتطلب مـن الافـراد أن يكتشـفوا بانفسـهم مايتعلمونه قبل أن يدخل إلى أذهانهم، وفى رأى أوزوبيل أن حـل المشـكلات يعتبر نوعا من التعلم بالاستكشاف.

كما يرى هالى (١٩٧٧) Haley أن حل المشكلات فى الارشاد والعلاج النفسى يعتبر نوعا من تحليل النظم system analysis، وفى تصوره أن عملية حل المشكلة ينبغى أن تأخذ فى اعتبارها نظام التفاعل الاجتمـاعى للمسترشـد بما فى ذلك الاشخاص الأخرون المشـتركون فـى هـذا النظـام مـع المسترشـد (مثل الاخوة، والابـاء، والزمـلاء، والمرشـد نفسـه) وبذلـك فـان هـالى يركـز بشكل اكبر على الموقف الذى تحدث فيه المشكلة.

ويوضح المثال التالى اهمية حل المشكلة فى الارشاد:

فقد تقـدم أحـد ضـاربى الالـه الكاتبـة فـى مؤسسـة إلـى أحـد المرشـدين النفسيين يشكو إليـه مـن قلـق بـدأ ينتابـه، ولـدى قيـام المعـالج بـالتعرف علـى

مشكلة المسترشد اتضح له أن جانبا من هذه المشكلة يقع فى زيادة الاعباء الوظيفية الملقاه عليه من جانب صاحب العمل، وانه (اى المسترشد) لايناقش صاحب العمل فى هذا الموضوع. وقد تضمن العلاج أن طلب المرشد من المسترشد أن يحتفظ بمفكرة يسجل فيها عدد المرات التى يقول فيها "لا" عندما يحتاج لذلك، وكذلك عدد المرات التى لايدافع فيها عن حقوقه. وقد تضمنت خطة حل المشكلة أن يجرى تدريب الفرد على السلوك التوكيدى Assertive Training (الشناوى ١٩٩٦ ص٤١)

نماذج حل المشكلات:

ظهر عديد من النماذج الخاصة بالتدريب على حل المشكلات وتلتقى هذه النماذج فى أنها تبحث عن السلوكيات المتاحة لكى تغير من موقف المشكلة واختيار سلوك منها يوصل إلى حل المشكلة والتحقق من هذا الحل. وفيما يلى عرض لبعض هذه النماذج:

أولاً - نموذج دى زوريلا وجولدفرايد (١٩٧١) D'zurrilla & Goldfried

اقترح دى زوريلا وجولدفرايد نموذجا من خمس خطوات لحل المشكلات لاستخدامه فى تعديل السلوك لدى الافراد.

١- توجيه عام generl orientation

٢- تحديد المشكلة وصياغتها Peoblem definition and formulation

٣- توليد البدائل generation of alternatives

٤- اتخاذ القرار Decision making

٥- التحقق من الحل Verification

وهذه المراحل ليست جامدة وانما يمكن للفرد أن ينتقل بينها ذهابا وجيئة فقد يكون الفرد فى المرحلة رقم (٤) وهى اتخاذ القرار ثم يعود للوراء إلى مرحلة (٢) تحديد المشكلة للبحث عن مزيد من المعلومات حول المشكلة قبل اتخاذ القرار.

وتشير مرحلة التوجيه العام إلى تنمية ميل قوى لدى المسترشد من خلال:

أولا: بقبول الواقع فى أن مواقف المشكلات هى فى الواقع جزءا عاديا من الحياة، وأنه من الممكن مواجهة معظم هذه المواقف بفاعلية.

وثانيا: التعرف على المواقف المشكلة عندما تحدث.

وثالثا: كبح الميل للاستجابة سواء بالاندفاع التلقائى أو التقاعس عن القيام بشئ. وبذلك فانه فى مرحلة التوجيه العام نرى المشكلات كحقيقة وكمواقف يجب مواجهتها مباشرة وبوضوح ونشاط أما مرحلة تحديد وصياغة المشكلة فانها تتكون من:

(أ) تحديد كل جوانب الموقف فى صورة اجرائية.

(ب) صياغة وتصنيف عناصر الموقف بطريقة ملائمة لفصل المعلومات المناسبة عن تلك غير المناسبة، وتحديد أهداف الفرد الاساسية وتحديد المشكلات العليا والقضايا والصراعات. وبذلك فان تحديد المشكلة وصياغتها وتمحيصها وتحليليها إلى عناصر محدودة يؤدى إلى اختيار اهداف لحل موقف المشكلة.

أما مرحلة توليد البدائل فتشير إلى مهمة اعداد قائمة بالحلول الممكنة المناسبة للمواقف الخاصة بالمشكلة.

وأما مرحلة اتخاذ القرار فهى تشير إلى مرحلة يتم فيها اختيار تصرف من بين عدة بدائل للتصرفات ويتم ذلك من خلال النظر إلى النتائج القريبة والبعيدة المدى والأخذ فى الاعتبار النتائج الشخصية والاجتماعية وتقدير التوقع الشخصى لنجاح أحد هذه البدائل أما المرحلة الأخيرة فى النموذج وهى مرحلة التحقق من الحل فتحدث بعد تطبيق اسلوب الحل وتقارن النتائج الحقيقية بالنتيجة المتوقعة، وهذا يحدد الدرجة التى امكن بها حل المشكلة بفاعلية بواسطة البديل الذى تم اختياره.

ثانياً: نموذج كانفر وبوزيميير (١٩٨٢) Kanfer & Bozemeyer

اضاف هذا النموذج خطوة سادسة هى تنفيذ الحل لذلك النموذج الذى اعده دى زوريلا وجولدفرايد ويمكن استخدام هذا النموذج بنجاح فى العلاج السلوكى:

١- اكتشاف المشكلة.

٢- تحديد المشكلة.

٣- توليد البدائل.

٤- اتخاذ القرار.

٥- التنفيذ.

٦- التحقق من الحل.

وفى رآى كانفر وبوزيميير أن نموذجهما يشتمل على عمليات تنظيم ذاتى وان الاهداف تكون دينامية بمعنى أنها لاتبقى ثابتة وأنه يمكن أن تتغير عبر الوقت وبالتالى فان الفرد يستمر فى البحث عن البدائل وفى نفس الوقت توقع النتائج المختلفة.

وفى رأى ديكسون وجلوفر (١٩٨٤) Dixona & Glover أن الفرق بين النموذجين أنما يرجع إلى التقدم الذى حققه مجال العلاج النفسى بين عام ١٩٧١ عندما اقترح دىزوريلا وجولدفرايد نموذجهما وعام ١٩٨٢ عندما اقترح كانفر وبوزيمير نموذجهما.

ثالثاً: نموذج ايربان وفورد (١٩٧١) Urban & Ford

اقترح ايربان وفورد نموذجا لحل المشكلات لاستخدامه فى العلاج النفسى يشتمل على خمس خطوات هى:

١- تعريف المشكلة وتحديدها.

٢- تحليل المشكلة.

٣- اختيار الاهداف وتقديم المحكات.

٤- استخدام (تطبيق) حل المشكلة.

٥- التقويم.

التعرف على المشكلة وتحديدها الخطوة الأولى فى تتابع لخطوات هامة فى عملية الارشاد أو العلاج النفسى وتشتمل هذه الخطوة على تحديد السلوكيات التى تعتبر خاطئة أما الخطوة الثانية وهى تحليل المشكلة فتشتمل على الانتقال من السؤال حول ماهية المشكلة إلى فهم كيفية المشكلة. وبمعنى أخر ماهى أبعاد هذه المشكلة والظروف المحددة لها (عصبية، فيزيولوجية، انفعالية، اجتماعية، سلوكية أو موقفية)، وبالتالى تصبح الأساس الذى نبنى عليه وسائل العلاج.

والخطوة الثالثة وهى اختيار الأهداف وفيها يكون التحديد الصريح للنتائج التى يبحث عنها الفرد وينبغى أن يكون اختيار الاهداف مرتبطا بالنمو العادى، أى أن تكون الاهداف ممثلة لبدائل مرتبطة بنمو المسترشد وينتج عن

التحديد الواضح للأهداف أن يكون استخدام الجهد بكفاءة واقتراح الوسائل الممكنة لاتخاذ الهدف ووجود محك لتقويم كفاءة طريقة العلاج المستخدمة.

وفى الخطوة الرابعة يطبق الحل الذى تم اختياره للمشكلة وفى هذه الحالة يكون للمرشد أو المعالج دور فى مساعدة المسترشد على اعداد الظروف التى تيسر تحقيق الهدف وينبغى أن ينظم الحل الخاص بالمشكلة ويرتب فى شكل منطقى على هيئة برنامج يتم تنفيذه.

أما الخطوة الخامسة والأخيرة وهى التقويم الذاتى فهى تساعد على تحديد الدرجة التى أمكن بها القضاء على المشكلة وتحقيق أهداف البرنامج العلاجى، وبناء على المعلومات التى تتوفر فى هذه الخطوة يمكن مراجعة استراتيجيات العلاج وتقرير متى ينتهى.

رابعاً: نموذج ديكسون وجلوفر (١٩٨٤) Dixon & Clover

قدم ديكسون وجلوفر نموذجا لحل المشكلات (١٩٧٦، ١٩٧٩، ١٩٨٤) يتكون من خمس مراحل هى:

١- تحديد المشكلة.

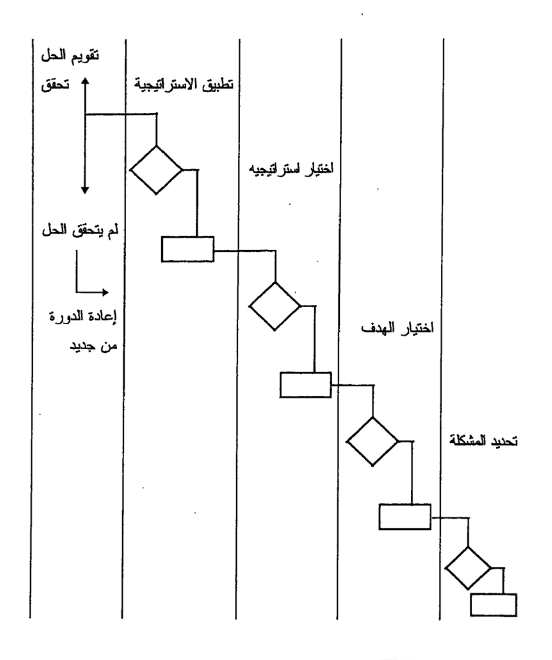
٢- اختيار الهدف.

٣- اختيار استراتيجية.

٤- تطبيق الاستراتيجية.

٥- التقويم.

ويشتمل النموذج (شكل رقم ٢١٨) على عمليتين فى كل خطوة، الأولى هى شحذ الذهن Brain Storming والثانية هى الاختيار choice



شحذ الذهن Brain Storming

اختيار Choice

نموذج ارشادى لحل المشكلات

عن ديكسون وجلوفر (١٩٨٤) Dixon & Glover

الباب الثانى

تطبيقات العلاج السلوكى

الفصل الثالث عشر

تطبيقات العلاج السلوكى فى مجال
المشكلات السلوكية والنفسية للاطفال والمراهقين

يعتبر استخدام اساليب العلاج السلوكى فى مجال مشكلات الاطفال والمراهقين من اهم التطبيقات التى يستخدم فيها هذا النوع من العلاج ويشار اليها عادة بعملية تعديل السلوك Behavior Modification. وتعديل سلوك الاطفال اسلوب يستخدمه عدد كبير من المتخصصين العاملين مع الاطفال مثل الوالدين ومعلمى رياض الاطفال واخصائيو الكلام والممرضات ومعلمى التربية الخاصة والمرشدين والأطباء النفسيين وغيرهم.

وتعديل سلوك الاطفال يركز بشكل واضح على السلوك المشاهد حيث أن السمات الأخرى والخصائص غير المشاهدة مثل الذكاء واصابات المخ وغيرها لاتخضع للملاحظة وانما يمكن فقط اختبارها من خلال مايصاحبها من سلوكيات يمكن مشاهدتها

اضطرابات السلوك لدى الاطفال:

نلاحظ لدى بعض الاطفال سلوكيات مختلفة عما يلاحظ لدى السواد الاعظم من الاطفال الذين هم فى مثل اعمارهم وبيئتهم الاجتماعية وبعض هذه السلوكيات يحتملها الأهل وربما يمكن للطفل فى وجودها أن يلحق بالفرص المتاحة لغيره من الأطفال مثل الالتحاق بدور الحضانة أورياض الاطفال أو المدرسة الابتدائية ومن مثل هذه السلوكيات أن يكون عدوانى على ذاته أو على الأخرين أو أن يكون سريع البكاء عندما يتعرض لموقف احباط أو أن يعتمد على الكبار فى حل بعض مشكلاته التى يمكن لغيره من الاطفال فى مثل سنه أن يجدو لها حلولا أو أن يكون عدد المفردات اللغوية لديه اقل مما هو متعارف عليه لمن هم فى سنه من الاطفال، لكن بعض السلوكيات تكون غير محتمله فالطفل الذى يتدنى ذكاؤه الى مادون ٣٠ مثلا يكون من الصعب الحاقه بالمدارس العادية أو حتى معاهد التربية الخاصة

وانما يحتاج الى معاهد متخصصة لرعاية حالات شديدى التخلف والسلوكيات المرتبطة بهذه الإعاقة وكذلك الطفل المفرط فى النشاط قد يحتاج الى تدخل طبى وسلوكى متخصص لعلاج حالته.

لعلنا نلاحظ مثلا أن حالات التخلف العقلى وحالات الذاتية Autism (الاجترارية) وحالات فرط النشاط يختلفون عن الاطفال الاسوياء فى أن حصيلة سلوكهم تكون اقل وكذلك فى أن كثيرا من انواع السلوك التى تشتمل عليها هذه الحصيلة تحدث بشكل غير مناسب أو مقبول.

بعض انواع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التى تشاهد لدى الاطفال:

١- زيادة النشاط.

٢- نقص الانتباه.

٣- نقص مهارات تكيفية معينة مثل ارتداء الملابس أو عادات الاخراج أوتناول الطعام أوغيرها.

٤- عيوب فى النطق والكلام مثل ابدال الحروف وصعوبة اخراج بعض الحروف واللجلجة وطفولية اللغة.

٥- جوانب اخلاقية مثل الكذب والسرقة.

٦- نقص مهارات النظافة الذاتية.

٧-الخجل الشديد.

٨- المخاوف المرضية (الفوبيا)

٩- العدوان.

١٠- الاندفاعية.

١١- كثرة البكاء.

١٢- إشعال الحرائق.

١٣- الهروب من المنزل.

١٤- نقص المهارات الاجتماعية.

١٥- اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب.

الاهداف العامة لتعديل سلوك الاطفال:

بصفة عامة فإن برامج تعديل السلوك للأطفال تهدف الى تحقيق مايلى:

١- تكوين سلوكيات جديدة مناسبة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية وجوانب السلوك التكيفى.

٢- زيادة سلوكيات موجودة وتكون مرغوبة.

٣- انقاص السلوكيات غير المرغوبة لدى الاطفال.

الفنيات السلوكية التى تستخدم فى تعديل سلوك الاطفال:

يمكن بشكل عام استخدام جميع فنيات العلاج السلوكى، والسلوكى المعرفى، والمعرفى لتعديل سلوك الأطفال وذلك بحسب الهدف والعمر والحالة العقلية ومن هذه الفنيات:

١- الاشراط المضاد.

٢- الانطفاء.

٣- الاسترخاء.

٤- التخلص التدريجى من الحساسية (التعريض للمثيرات).

٥- التدريب على السلوك التوكيدى.

٦- العلاج بالغمر.

٧-الاشراط التنفيرى.

٨- التدعيم (التعزيز)

٩- التشكيل (التقريب التتابعى)

١٠- التسلسل.

١١- قاعدة بريماك.

١٢- التلقين.

١٣- التعلم بالعبرة (الملاحظة).

١٤- استخدام النماذج السلوكية.

١٥- الاقناع المنطقى (العلاج العقلانى الانفعالى)

١٦- العلاج المعرفى.

التطبيقات:

أ ـ قلق الاطفال:

يشير دليل التشخيص الإحصائى ــ الاصدار الرابع ــ للجمعية الامريكية للطب النفسى (1994) -DSM-IV الى ثلاث انواع من قلق الاطفال والمراهقين.

١- اختلال قلق الانفصال. Separation anxiety disorder

٢- اختلال القلق الزائد Overanxious disorder

٣- اختلال التجنب (الهروب) Avoidant disorder

كذلك فانه يمكن تشخيص حالات أخرى من القلق غير مصنفة للاطفال والمراهقين مثل الفوبيا الاجتماعية واختلال الهلع panic disorder مع أوبدون

وجـود اختـلال الأجورافوبيـا (الخـوف مـن الأمـاكن العامـة) وكذلـك اختــلال الوساوس والأفعال القهرية واختلال انضغاط ما بعد الصدمات.

ولاتزال الأدبيات الخاصة باستخدام العلاج السلوكى فى علاج الاطفـال تفتقر الى وجود بحوث تجريبية ذات مجموعـات ضـابط لتقويـم أثـر العـلاج، وكثير من البحـوث الموجـودة علـى قلتهـا يعتمـد علـى تصميمـات ذات حالـة واحـدة Single case وقليـل منهـا يشـتمل علـى مجوعـات وهنـاك قليــل مــن العوامل التى ظهر من البحوث أنها تؤثر فى اختيار طريقة العلاج أو نتيجتـه وتشتمل هذه العوامل على العمر، والنضج المعرفى للطفل، واشـتراك الوالـد أو المدرسة وشدة أومثابرة الأعراض ودرجة التجنـب أو الهـروب، ومصـدر القلق. ومن بين هذه العوامل فان العامل الاكـثر احتماليـه فـى اختيـار طريقـة العـلاج هـو مصـدر القلـق. واصطـلاح مصـدر source يسـتخدم هنـا ليصـف الموضـوع الذى يوجه إليه قلق الطفل (أى الشئ الذى يخـاف منه) وعلـى سبيل المثال فان الطفل الذى لديه قلق يقوم على اساس رفض للمدرسة فان مصـدر القلق قد يكون الانفصال عن الوالدين أو الخـوف مـن الكـلام امـام الآخريـن. وعندما نعالج طفلا لديه اختلال قلق من المهـم أن نجـرى نوعـا مـن التحليـل الوظيفى الشامل comprehensive functional analysis وتسلط مشـكلة رفـض المدرسة الأضواء على هذه الحاجة. فقد يرفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة لمجموعة متنوعة مـن الاسـباب ولكـى نختـار الطـرق المناسـبة للعـلاج فمـن الضرورى أن نتعرف علــى العوامـل السـابقة علـى أو التاليـة لسـلوك رفـض المدرسـة. وقـد اقـترح كـيرنـى وسـيلفرمـان Kearny & Silverman (1988) نموذجا وظيفيا لتقدير معالجة سلوك رفض المدرسـة يسـمح بـالتعرف علـى المتغيرات التى تؤثر علـى هـذا السـلوك وقـد طـور المؤلفـان مقياسـاً لسـلوك رفض المدرسـة School Refusel Assessment Scale (SRAS) لقيــاس

الهروب من مخيف عام أو نوعى والهروب من المواقف الاجتماعية المنفرة، والبحث عن الانتباه (لفت النظر) أوسلوك قلق الانفصال والتدعيم الملموس.

ولان علاج الاطفال الذين لديهم اختلالات قلق يكون غالبا ذا شغل مكثف فإنه توجد حاجة لتواجد المعالج ومرونته لتحسين الفرص التى تجعل الطفل ينجح فى اكمال المهام العلاجية. ومن الصعب ان لم يكن مستحيلا أن تعالج الاطفال الذين لديهم قلق خاصة الاطفال الصغاربدون العمل عن قرب مع والديهم، وإذا كان قلق الطفل يمثل مشكلة فى المدرسة يكون من الضرورى أن تكون علاقة عمل مع المدرسين ومرشدى التوجيه والاخصائيين النفسيين فى المدرسة، كذلك فمن الشائع أن نحتفظ باتصالات تليفونية متكررة مع والد الطفل والمدرسة فيما بين الجلسات المحددة وقد يشتمل العلاج على جلسات طويلة لعدة مرات اسبوعيا. وقد تكون هناك حاجة لمصاحبة الطفل إلى المنزل أو المدرسة لكى نرشد الوالدين أو المدرسين لاستخدام فنيات علاجية معينة.

أن الاستراتيجيات العلاجية التى تستخدم مع الاطفال الذين لديهم اختلالات قلق تتشابه مع تلك الاستراتيجيات التى تستخدم مع الكبار الذين لديهم اختلالات قلق أيضاً. وتشمل هذه الطرق المختلفة للتعريض exposure والاسترخاء، والطرق الاجرائية، والنمذجة وكذلك العلاجات المعرفية وغالبا ماتكون طرق العلاج المستخدمة متعددة المكونات. وتبعا لأولنديك (1979) Ollendick فان العنصر الشائع فى معظم الحزم العلاجية للأطفال القلقين هو التعريض، وفيما يلى نناقش كل اختلال من اختلالات قلق الاطفال بشكل موجز مع تناول للعلاجات السلوكية الراهنة.

١ – اختلالات قلق الانفصال Separation anziety disorder

يتسم اختلال قلق الانفصال بألم نفس واضح لانفصال الطفل عن اشخاص ذوى أرتباط هام أوعن المنزل. وقد يظهر الاطفال الذين لديهم اختلال قلق الانفصال انشغالا حول أمنهم الخاص أو أمن والديهم وتراخياً فى الذهاب للمدرسة أو الانشطة الأخرى البعيدة عن الوالدين وكذلك تراخيا فى النوم وحدهم (بمفردهم) أو بعيدا عن البيت وبالاضافة لذلك فإن هؤلاء الاطفال قد يبدون انشغالات بدنية فى أوقات الانفصال والتعلق بالوالدين والقلق فى توقع الانفصال والالم النفسى عند انفصالهم عن الوالدين. وتوجد بعض الأدلة التى توحى بان اختلال القلق أكثر شيوعا فى الاناث المحالين للعيادات وكذلك الصغار فى الطبقات ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى الأدنى.

وقد درس فرانسيس ولاست وشتراوس Francis, Last and strauss (1987) اعراض اختلال قلق الانفصال فى عينة من ٤٥ من الاطفال المشخصة حالاتهم على أنها اختلال قلق الانفصال المترددين على العيادات الخارجية. وتبين لهم أن الاطفال الصغار (٥–٨ سنوات) أظهروا اعراضا أكثر مما فعله الاطفال الاكبر (فى أعمار ٩–١٢ سنة) وقد شخصت جميع الحالات على أنها اختلال قلق الانفصال على اساس أنها استوفت أكثر من الحد الادنى لمعايير الشتخيص (ثلاث معايير) وكان الامر صحيحا فى ٦٩٪ من حالات الاطفال الاكبر. أما المراهقون (١٣ سنة فاكثر) فلم يختلفوا عن كل من الاطفال الصغار أو الكبار حيث كان ٧٥٪ منهم لديهم أكثر من ثلاث أعراض. وبالاضافة لذلك فقد كان هناك ثمة دليل على أن الاطفال الصغار قد اظهروا اعراضا مختلفة عن الاطفال الاكبر أو المراهقين. وكان الاطفال الصغار أكثر توقعا أن يقروا وجود احلام مفزعة تشتمل على الانفصال والم

نفسى شديد عند وجود الانفصال ورغم كثرة ماكتب عن قلق الانفصال فان قليلا فقط منها هو الذى يدور حول نتائج البحوث الامبريقية.

العلاج السلوكى:

تتوفر فى الوقت الحالى مجموعة بسيطة من التقارير حول علاج الحالات التى لديها اختلال قلق الانفصال وقد وصف مانسدورف ولوكينز Mansdorf and lukens (1987) استخدام طريقة سلوكية معرفية لعلاج طفلين ممن لديهم اختلال قلق الانفصال ووالديهم. وقد رفض كلا الطفلين الذهاب للمدرسة وقد أخذا فيما مضى فى الاستجابة للعلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. وقد قام المعالجان باجراء تقدير للعبارات الذاتية لكلا الطفلين ووالديهم وحددوا وجود ونتائج عدم الحضور فى المدرسة وقد اشتمل العلاج على التدريب على التعليمات الذاتية self Instruction للطفل، واعادة البنية المعرفية cognitive restructuring للوالد واعادة البنية البيئية Enveronmental restructing التى يتعلق فيها التدعيم الوالدى على حضور المدرسة وبالاضافة لذلك فقد اعيد الطفلان بالتدريج للمدرسة وكان هدف العلاج هو النهوض باستخدام الجوانب الخاصة بالتعامل مع المواقف coping بواسطة الأطفال ووالديهم. وعلى سبيل المثال فقد قرر أحد الاطفال الانشغال الاتى: "ان الاطفال فى المدرسة يسخرون منى": وهذا الجانب المعرفى الكافة أحل محله الجانب المعرفى التالى للتعامل "تلك مشكلتهم وليست مشكلتى وبالمثل فان والداى هذا الطفل عبروا عن الانشغال التالى:- "ان طفلى مريض ولاينبغى على أن أدفعه" وهذا الجانب المعرفى الكافة أحل محله الجانب المعرفى التالى للتعامل" هذا هو الطريق لمساعدته" وقد اظهرت النتائج أن كلا الطفلين كانا قادرين على البقاء بمفردهما فى المدرسة طول اليوم بعد أربع أسابيع من العلاج. وأكثر من ذلك فانه عند متابعه حالتهما بعد ثلاثة

اشهر فان المكاسب العلاجية كانت لاتزال باقية. ورغم أن هذه الدراسة تحتاج إلى تكرار مع عينة اكبر ولفتره اطول من المتابعة فانها لازالت قائمة كطريقة فعالة وواعدة لعلاج قلق الانفصال الذى يشتمل على كل من الطفل ووالده.

وقد وصف بيترسون Peterson (1987) برنامجا علاجيا يشتمل على الاسترخاء واستراتيجيات المواجهة المعرفية والتخيل ونظام مكافأة، وتعريض تدريجى لعلاج قلق الانفصال لفتاه عمرها ثمان سنوات وقد كانت الطفلة تخاف من أن تكون بمفردها فى البيت حتى لعدة ثوان وتظهر قلقا توقعيا شديدا حول الانفصال. وقد اشتركت الطفلة ووالدتها فى ثمان جلسات علاجية يتعلم فيها الطفل الاسترخاء العضلى العميق والتخيل الايجابى وعبارات التعامل (المواجهة) مع المواقف (مثلا: استطيع أن اقوم بذلك) وبالاضافة إلى ذلك فان الأم قد بدأت نظاما للمكافأة لزيادة الوقت الذى تقتضية الطفلة وحدها فى المنزل وعلى مدى فترة العلاج فان الطفلة كانت قادرة على أن تقضى فترات متزايدة تدريجيا بمفردها فى البيت بينما تستخدم الفنيات السابق ذكرها ومع نهاية العلاج كانت هذه الطفلة قادرة على تحمل البقاء فى البيت بدون أن يحدث لديها ألم نفسى. وقد تناقص مقدار ماتقرره من قلق عندما تكون وحدها فى البيت كما ازدادت قدرتها المدركة على البقاء بمفردها فى البيت.

٢ ـ اختلال القلق الزائد Overanxious disorder

أن اختلال القلق الزائد عبارة عن انشغال زائد غير واقعى. وعلى النقيض من الانشغالات المقيدة نسبيا لاختلال قلق الانفصال فان انشغالات الاطفال الذين لديهم اختلال القلق الزائد تميل إلى أن تكون متغلغلة ومثابرة وقد تشتمل على تنوع من المواقف الاجتماعية والرياضية والاكاديمية، والطفل

الذى لديه اختلال قلق زائد قد ينشغل حول كل من احداث الماضى والمستقبل ويكون منشغلا بشكلا زائد بأدائه فى المواقف الاكاديمية والرياضية والاجتماعية وبالاضافة إلى ذلك فإن الطفل قد يعبر عن تشكيات بدنية غامضة ويظهر حساسية ذاتية زائده، ويتطلب اعادة تأكيد ذاته، ويشكو من توتر أو عدم قدرة على الاسترخاء. وقد وجد شتراوس وليز ولاست وفرانسيس Strauss, Lease, Last and Francis (1989) اعداد متكافئة نسبيا من الذكور والاناث فى عينة المرضى المترددين على العيادة من الاطفال الذين لديهم قلق زائد. وعند مقارنتهم بالاطفال الذين لديهم قلق الانفصال كان الاطفال ذوى اختلال القلق الزائد أكثر توقعاً أن يأتوا من عائلات من الطبقة فوق المتوسطه فى الوضع الاقتصادى الاجتماعى كما درس شترارس وزملائه (١٩٨٩) الفروق العمرية فى التعبير عن الامراض فى عينة عيادية من ٥٥ طفلا شخصوا على أن لديهم اختلال القلق الزائد وقارن الباحثون بين الاطفال فى سن (٥-١١ سنة) مع المراهقين فى سن (١٢-١٩سنة) بالنسبة لتقدير الاعراض وقوائم التقرير الذاتى ورغم أن المراهقين كانوا أكثر توقعا أن يعبروا عن انشغال غير واقعى حول ملاءمة سلوكهم الماضى عما كان الاطفال الأصغر، ألا أنه لم يكن هناك فروق فىالتقديرات التى وصفوا بها اعراض القلق الزائد الأخرى ومع ذلك فان المراهقين قد عرضوا أعراض أكثر عدداً مما عرض الاطفال. واخيرا فان المراهقين ذوى القلق الزائد قد قرروا وجود قلقا أكثر دلالة باستخدام الاستبيانات التى تعتمد على التقرير الذاتى.

العلاج السلوكى:

قدم شتراوس دراسة حالة لمعالجة اختلال القلق الزائد لدى فتاة عمرها أحد عشر سنة اطلق عليها اسم أشلى. وكانت أشلى لديها انشغال مفرط حول المستقبل وأحداث الماضى. كما كانت من النوع المكتمل (المثالى) وكانت تبحث فى الغالب عن اعادة التأكيد لسلامة سلوكها الاكاديمى والاجتماعى،

كانت ذات حساسية ذاتية عالية جداً ولديها صعوبة فى الاسترخاء. وقد أجرى تقديراً بطرق عدة بما فى ذلك قوائم التقرير الذاتى ومقايس تقدير السلوك التى يملأها المدرسون وقد وصفت اشلى نفسها على استبانات تقرير ذاتى بأنها قلقه وخائفة وحزينة ووحيدة. وقد ميزها مدرسوها على أنها قلقة ومنسحبة ومهملة اجتماعيا بين رفاقها فى الفصل.

وقد تألف العلاج من حزمة من التدخلات المستخدمة بنجاح مع حالات اختلال القلق المعمم لدى الكبار. وقد اشتملت حزمه العلاج على فنيات الاسترخاء واعادة البنية المعرفية والتدريب التوكيدى. وقد تم تطبيق عدد (٢٥) جلسة علاج فردية على مدى ستة أشهر. وقد استلمت المرحلة الأولى من العلاج على التدريب على الاسترخاء العضلى العميق، كما اضيف نظام مكافأة لتشجيع أشلى على محاولة تدريبات الاسترخاء فى المنزل. ولم تقرر وجود أى نقصان فى القلق أو الانشغال عقب إكمال التدريب على الاسترخاء. وخلال هذه الفترة الأولية من العلاج راقبت أشلى الجوانب المعرفية الذاتية وكذلك القلق الشخصى. واستخدم التكرار المعرفى واعادة البيئة المعرفية لتعديل افكارها اللاتكيفية وقد عُلِّمت أن تعدل تفكيرها الخاطئ عن طريق التعرف على وتحدى الأخطاء المعرفية مثل الأفكار المأسوية. وقد قرر المعالج أن التقدم فى العلاج كان بطيئا ومع ذلك فبمجرد أن التقطت اشلى فكرة أن تفكيرها كان يؤثر على سلوكها فإن تقدمها كان اسرع. واشتملت المرحلة النهائية من العلاج على التدريب التوكيدى وقد استخدمت جلسات ممارسة أداء الأدوار لزيادة الاستجابة التوكيدية وبداية التفاعلات الاجتماعية. وعلى سبيل المثال فقد مارست اشلى رفض الطلبات غير المعقولة وطلبات زملائها على التليفون وقد قرر شتراوس أن حزمة المعالجة ذات المفاهيم المتعددة هذه كانت فعالة فى تعديل أعراض أشلى فى القلق الزائد وفى نهاية العلاج لم تعد أشلى تستوفى محكات اختلال القلق الزائد.كما نقص

تقريرها الذاتى عن القلق، والخوف والحزن والوحدة وبعد ثلاثة أشهر من العلاج فان اشلى ووالدها قرروا أن مكاسب العلاج كانت لاتزال باقية لديها.

٣ - اختلال التجنب (الهروب) Avoidant behavior

أن الأطفال ذوى اختلال التجنب يوصفون بانهم شديدو الخجل مع الغرباء (غير المألوفين لهم) بحيث أن ذلك يؤثر على الأداء الاجتماعى فى العلاقات الاجتماعية. ومع ذلك فمثل هؤلاء الاطفال يقدرون الاشتراك فى علاقات مع الاشخاص الآخرين أى أنهم يبرهنون على قدرتهم على الاشتراك فى العلاقات المناسبة مع الاشخاص المألوفين لهم أو يعبرون عن الرغبة لتكوين الصداقات مع الرفاق.

ونادرا مايذكر سلوك التجنب فى التراث السيكولوجى. وقد وجد كانتويل وبيكر Cantwell and Baker (1987) أن اختلال السلوك التجنبى أكثر التشخيصات شيوعا فى عينه من الاطفال الذين لديهم اختلال فى اللغة وفى محاولة لتمحيص تشخيص الاختلال التجنبى فى عينة عادية للاطفال الذين لديهم اختلال قلق وجد فرانسيس ولاست وشتراوس (١٩٩٠) Francis, Last & Stranss اعداداً متساوية تقريبا من الذكور والاناث الذين شخصوا على أن لديهم اختلال تجنبى ويرتبط اختلال السلوك التجنبى عادة مع اختلالات القلق الأخرى الموصوفة فى DSM. III. R ونادرا مايحدث كتشخيص وحيد لدى الطفل. (Francis 1992, 230).

العلاج السلوكى:

فى الوقت الحالى لاتتوفر تقارير كافيه عن علاج اختلال السلوك التجنبى ولانه يعتقد أن العلاقات مع الاتراب تكون قاصرة لدى الاطفال الذين لديهم اختلال سلوك تجنبى فان استراتيجيات العلاج التى تهدف إلى معالجة

الانعزال الاجتماعى قد تكون مفيدة. غير أن مثل هذه الاستراتيجيات تحتاج إلى دراسات امبيريقية للبرهنة عليها.

ب - المخاوف المرضية (الفوبيا) Phobias

أن تشخيص الفوبيا لدى الاطفال شبيه بنفس التشخيص لها لدى الكبار. والطفل الخائف (الذى يعانى من مخاوف مرضية) يجب أن يظهر خوفا مثابرا مع تجنب أو تحمل للخوف مع قلق مركز وادراك أن الخوف زائد وغير معقول وأن هناك قصوراً فى الاداء اليومى أو ألم نفسى حول وجود هذا الخوف وتتميز الفوبيا بكونها بسيطة أو جسمانية أو أجتماعية وتشتمل الفوبيا البسيطة الشائعه فى الاطفال على المخاوف من الحيوانات والاجراءات الطبية وتشمل الفوبيا الاجتماعية الشائعة الظهور على مخاوف من الكلام ومن تناول الطعام فى مكان عام (أى بين جمهور عام)

وتشير الدراسات الخاصة بالمخاوف الكلينيكية إلى تغير فى نوع وعدد المخاوف عبر فترة الطفولة والمراهقة. وعلى سبيل المثال فان الاطفال الصغار يميلون إلى اظهار مخاوف أكثر ومختلفة عما يظهره الاطفال الاكبر والمراهقون ورغم أنه هناك تناقصا مرتبطا بالعمر فى المخاوف المقررة من مخلوقات تخيلية ومن الظلام والحيوانات فان هناك زيادة مرتبطة بالعمر فى المخاوف الاجتماعية. وبصفة عامة فقد وجد أن الفتيات يقررون وجود خوف أكبر وقلق عما يقرره الأولاد الذكور ومع ذلك يقرر جرازيانو وزملاؤه Graziano et al أنه من غير الواضح ماإذا كان المعدل العالى من المخاوف الذى تقرره الفتيات يعكس انتشارا أعلى من الخوف لديهن أو رغبة اكبر من جانب الفتيات ووالديهم أو مدرسيهم لتقرير المخاوف، كذلك فقد وجد أن الاطفال من مستويات اجتماعية اقتصادية متباينه كانت لديهم اختلافات فى عدد ونوع المخاوف المذكورة. فقد قرر الاطفال من مستويات اقتصادية

اجتماعية منخفضة مخاوف ومشاغل أكثر عن الاطفال الذين ينحدرون من مستويات اقتصادية واجتماعية أعلى كما بينت البحوث أيضا أن الأطفال ذوى المستويات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة كانوا أكثر توقعا أن يقرروا مخاوف من الفئران والأشخاص السكرانين (الثملى) drunks بينما كان الاطفال الذين ينحدرون من مستويات اجتماعية واقتصادية اعلى أكثر توقعا أن يقرروا مخاوف من حوادث السيارات.

العلاج السلوكى:

تتوفر فى هذا المجال أعداد كبيرة من المقالات حول العلاج السلوكى للخوف من المدرسة (فوبيا المدرسة) School Phobia وتطبق طرق سلوكية مثل تعاقدات الترابطات السلوكية، والتعريض الحى (المباشر) والتعريض التخيلى، ومجموعة متنوعة ومتوافقة من الفنيات السابقة. غير أن بعض هذه التقارير يشتمل على عيوب منهجية وقد أجرى ميللر وباريت وهامب ونوبل (١٩٧٢) Milleer, Barrett, Hampe & Noble دراسة جماعية عن علاج مخاوف الاطفال. ورغم أن العينة اشتملت على انواع مختلفة من الفوبيا فان غالبية العينة (٦٩٪ من أفرادها) تمثل مخاوف مدرسية وقد وجه الاطفال بطريقة عشوائية لواحدة من ثلاث ظروف علاجية: عينة ضابطة (انتظار)، وعينة للتخلص التدريجى من الحساسية، والثالثة علاج نفسى. وقد اشتملت مقاييس النتائج على تقديرات الوالد والأخصائى الاكلينيكى عن التحسن وكذلك قوائم تقدير السلوك التى يملأها الوالد وتقيس الفائدة العامة. وعند اعتبار التقارير التى كتبها الاباء عن التحسن فان النتائج اشارت إلى تفوق طريقتى العلاج (مجموعتى العلاج) على الجموعة الضابطة (مجموعة الانتظار) وبدون فروق جوهرية بين العلاج بالتخلص التدريجى من

الحساسية والعلاج النفسى. وعلى النقيض فان تقديرات الاكلينيكيين عن التحسن لم تشر الى فروق بين المجموعات الثلاث. وهناك عديد من المشكلات المنهجية فى دراسة ميلر ورفاقه. فأولاً كان هناك مجموعة من التماثل بين ظروف المجموعتين التجريبيتين فكلا من مجموعة التخلص التدريجى من الحساسية ومجموعة العلاج النفسى اشتملت على استخدام فنيات إجرائية نصح فيها الولدان بتعديل الترابطات الخاصة بسلوك الخوف. وعلى سبيل المثال فانه فى كلا المجموعيتن أرشد الاباء باستبعاد مشاهدة التليفزيون اثناء النهار إذا رفض ابنهم حضور المدرسة. وثانيا فانه لم يكن هناك أى تقرير واضح حول شدة المخاوف لدى الاطفال وكانت هناك معلومات ضئيلة متوفرة حول وجود خوف مرضى. وثالثا: فان مقاييس النتائج كان فيها مشكلة فلم يكن الباحثون قادرون على الابقاء على المتخصصين الاكلينيكين الذين لم يكونوا مشاركين فى العلاج والذين اعدوا تقارير التحسن بمنأى عن معرفة ظروف العلاج وبالاضافة إلى ذلك لم يكن هناك قياس مباشر لفاعلية العلاج. وقد اتاحت قوائم تقدير السلوك التى اعدها الأباء معلومات عن التحسن العام ومع ذلك لم يكن هناك قياسات مباشرة عن الخوف أو التجنب ورغم أن ميلر وزملاءه قدموا اضافة للادبيات الخاصة بالموضوع عن طريق تقديم مجموعة ضابطة لعلاج مخاوف الاطفال فان المشكلات المنهجية تجعل تفسير النتائج صعبا.

أما الدراسة الجماعية الثانية عن علاج رفض المدرسة فقد أجراها بلاج ويول Blagg and Yule 1988 وقد قارن الباحثان المعالجة السلوكية والعلاج الداخلى فى مستشفى والتعليم الخاص فى البيت بالإضافة للعلاج النفسى لمجموعة من الاطفال الذين لديهم خواف مدرسى (فوبيا مدرسية) وكان اغلب الاطفال فى العينة بين ١١، ١٤ سنة من العمر. وقد تألف العلاج

السلوكى مـن اتصـالات متكررة مـع الجهـاز الوظيفـى بالمدرسـة وباسـتخدام استراتيجيات اجرائية (مثلا يمتدح الوالدان حضور المدرسـة بينمـا يتجـاهلون التشكيات البدنية التى تصدر عن الطفل فـى الصبـاح قبـل المدرسـة) وكذلـك غمر واقعى (حي IN VIVO) أما مجموعة الاقامة فى المستشفى فقد اشـتملت على فصل فيزيقى بين الوالـد والطفـل وكذلـك وجـود بيئـة علاجيـة، وعـلاج دوائى وخطة خروج من المستشفى حول التسكين المدرسى.

أما مجموعة التعليم الخصوصى المنزلى فقد سمح للطفل أن يمكث فـى البيت بينما يتلقى تدريسا تعليميا خصوصيا وعلاجا نفسيا. ولم يكـن الاطفـال معينين بطريقة عشوائية للمجموعات العلاجية وانما كـانت هـذه المجموعـات العلاجية تحدث بشكل طبيعى.

وقد جمع بلاج ويول عددا من القياسات حـول التوافـق الانفعـالى العـام وكذلك تسجيلا للحضور فى المدرسة، وبعد العلاج كان ٩٣,٣٪ من الاطفـال الذين كانوا فى مجموعة العـلاج السـلوكى يذهبـون للمدرسـة بـدون مشـكلات جوهرية. وكان هذا افضل بشكل واضـح مـن معدلات النجـاح فـى مجموعـة الاقامـة الداخليـة بالمستشـفى (٣٧,٠٪) والتدريـس الخصوصـى فـى المـنزل (١٠,٠٪). وبالاضافة إلى ذلك فان الاطفـال فـى مجموعـة العـلاج السـلوكى اثبتت تحسناً على قياسات التقدير الذاتى والانبساطية. وقـد اتضـح أن العـلاج السلوكى كان اقل كثيراً فى استهلاك الوقـت عـن غيـره مـن العلاجـات. وقـد تلقى الاطفال فى مجموعة العلاج السلوكى معالجة بلغت ٢,٥٣ أسـبوعا مـن العلاج مقارنتة بـ ٤٥,٣ اسبوعا مـن الاقامـة بالمستشـفى و٧٢ أسـبوعا مـن التدريس المنزلى الخصوصى. وقد حصلت هذه النتائج على تأييد لكفأة الغمـر الحى بالاضافة إلى الأساليب الاجرائية فى علاج الفوبيا المدرسية. ومع هذه

النتائج فان هذه الدراسات لم تكن بغير مشكلات منهجيـة بمـافى ذلـك الحاجـة إلى التعيين العشوائى لمجموعات التجربة.

وفى مجال ادبيات قلق الاطفال فـان الدراسـة الوحيدة التـى اسـتخدمت مضاهــاة العــلاج أجريــت بواســطة كــايرنى وســيلفرمان Kaerney and silverman. وقد وصف الباحثان عـن طريـق نتـائج التحليل الوظيفـى عـلاج الصغار الذين لديهم سلوك رفـض للمدرسـة حيث اسـتخدما طريقـة التخلص التدريجى من الحساسية لعلاج الاطفال الذين لديهم خوف محدد أو حالة عامة من القلق الزائـد واسـتخدام العـلاج السـلوكى المعرفـى أو النمذجـة أو كليهمـا للأطفـال الذيـن يتجنبـون المواقـف الاجتماعيـة المنفـرة. كذلـك فقـد اسـتخدم التعزيز التفاضلى للسلوكيات الأخرى مع الاطفال الذين ظن انهم يبحثون عن الاهتمـام أو الذيـن لديهـم قلـق الانفصـال. واخـيرا فقـد اسـتخدمت التعـاقدات المشروطة للأطفال الذين يتجنبون المدرسة بحثا عـن مكافـآت جوهريـة لعدم الحضـور. وقـد اختلفـت درجـة تركـيز العـلاج علـى الاطفـال أو الوالـد تبعـا لمصـدر المشكلة. وقـد أظهـرت النتـائج أن ٦ حـالات مـن بيـن ٧ حـالات قـد تحسنت (أى انهم واظبوا على حضور المدرسة) وهذا يتسـق مـع علاجـاتهم. ورغم بدائيتها فإن هذه الدراسة تعرض طريقة مبتكرة للعـلاج تسـلط الضـوء على التحليل الوظيفى Functional analysis

وفى الواقع فانه لاتوجد معلومات متوفرة عن علاج الفوبيا (المخـاوف) الاجتماعية لدى الاطفال وهذا الامر علـى نقيـض مـانجده مـن أدبيـات كثـيرة حـول الانسـحاب الاجتمـاعى لـدى الاطفـال social withdrawl وقـد أجـرى فرانسيس وأولنديك Francis and ollendick 1990 دراسـة حالـة عـن عـلاج حالة مراهق لديـه فوبيـا اجتماعيـة وذلـك باسـتخدام التعريـض المتـدرج كـان

المريض فتاة فى السادسة عشر من عمرها لها تاريخ طويل من تجنب المدرسة مع تجنب كثير من المواقف الاجتماعية (مثل الحفلات ومحلات الشراء) ولم يكن التجنب الشديد لديها راجعا إلى خوف من حدوث حالة هلع وانما كان نتيجة أنها تخشى اللوم أوالنقد وعلى سبيل المثال فقد اصبحت شديدة القلق حول أخذ القمامة خارج المنزل إلى المكان المخصص لها وكانت تقضى الساعات للاستعداد للخروج إلى خارج المنزل . وقد شخصت حالتها على أنها فوبيا اجتماعية من النوع المعمم Social Generalized type Phobia. وقد أظهرت استبيانات التقرير الذاتى أن هذه الفتاة قررت وجود اعراض اكتئابية وقلق جوهرية بالاضافة إلى مخاوف من التقويم الاجتماعى. ولم يكن هناك دليل على وجود نقص فى المهارات الاجتماعية كما أظهر ذلك اختبار سلوكى بطريقة أداء الدور.

وباستخدام التعريض الحى المتدرج In vivo graduated exposure تم تطوير مدرج، وقد اكملت الفتاة واجبات منزلية اسبوعية مستوحاة من هذا المدرج وكان أقل العناصر المولده للقلق فى المدرج "الذهاب إلى مركز تسويق مع شخص آخر' والوقوف فى صف على كافتيريا لتناول الاطعمة السريعة مع شخص آخر" أما اعظم العناصر المثيرة للقلق فكانت أخذ القمامة خارج المنزل بدون الاستعداد أولاً لذلك والذهاب لحضور المدرسة طول اليوم وعلى مدى مدة زمنية ثلاثة أشهر كانت الفتاة تعرض تدريجيا لعدد من المواقف الاجتماعية. وقد مارست مهام مثل أخذ القمامة إلى خارج المنزل بعد الاستعداد لمدة لاتزيد عن ثلاثين دقيقة وركوب حافلة (الاتوبيس) مع شخص آخر والذهاب مبكرا إلى السينما والانتظار والذهاب إلى مركز تسويق وحدها. وقد بدا أن برنامج التعريض المتدرج كان معاونا فى خفض قلقها الخاص بالتقويم الاجتماعى ومع نهاية العلاج اكملت الفتاة درجة مُعادلة

للثانوية وسجلت فى احدى كليات المجتمع وواجهت معظم المواقف الاجتماعية بقليل من القلق، وقررت وجود أعراض أقل بشكل جوهرى للخوف. وقد كانت العناصر الرئيسية الداخلة فى علاج الفتاة تتمثل فى التقدير التشخيصى المناسب، والمشتمل على التحليل الوظيفى لسلوكيات الهدف، واختيار التدريج القائم على اساس نتائج التقدير والاشتراك النشط للمريض فى تطوير مدرج الخوف وتحديد الواجبات المنزلية والتقدير المستمر لتقدم العلاج. كذلك فقد استخدمت فنيه الاسترخاء والفنيات الاجرائية كجزء من حزم علاجية متعددة المكونات لفوبيات (مخاوف) بسيطة لدى الاطفال. وعلى سبيل المثلا فقد استخدم وجرازيانو وزملاؤه Graziano & Moony 1980, 1982 وجرازنانو ومونى وهيوبر وإجنازاك Graziaro, Mooney, Huber & Ignasiak 1979الاسترخاء مع استراتيجيات اجرائية والتدريب على الضبط الذاتى المعرفى لعلاج الاطفال الصغار الذين كانوا يخافون من الظلام. وفى دراستهم ذات المجموعة الضابطة عالج جرازيانو ومونى (١٩٨٠) سبعة عشر طفلا من مخاوف الليل. واشتملت مجموعتهم الضابطة على ١٦ طفلا اشتركوا فى التقديرات لكنهم لم يتلقوا أى علاج. وقد عين افراد البحث بطريقة عشوائية إلى المجموعة التجريبية أو للمجموعة الضابطة وتراوحت اعمار الاطفال فى المجموعة التجريبية بين ٦,٢ إلى ١٢,٣ سنة بمتوسط عمر ٩,٤ سنة. أما المجموعة الضابطة فقد تراوحت أعمار الاطفال فيها من ٦,٠ - ١٣,٥ سنة مع متوسط عمر ٩,٢ سنة وقد أظهر كل أفراد العينة مخاوف مرتبطة بالظلام لمدة متوسطها يزيد عن عامين.

وقد تم مقابلة الاطفال وأباءهم لعدد جلسات اجمالى مقداره (٥ جلسات) واكملت التقديرات اثناء الجلسات الأولى والخامسة أما الجلسات الثلاثة الباقية فقد خصصت للعلاج وقد شارك كل من المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة فى مرحلة العلاج ومدتها سبعة أيام أمكن خلالها مراقبة المخاوف المرتبطة بالظلام وقد راقب الاطفال وأباؤهم سلوك عدم الخوف بالليل وقد اشتمل سلوك عدم الخوف على ذهاب الطفل إلى السرير خلال عشرين دقيقة من اخباره بفعل ذلك والنوم فى غرفته الخاصة مع كون الاضواء والراديو مطفأين وعدم التسلى عند وقت النوم أوأثناء الليل. ثم اشتركت المجموعة التجريبية حينئذ فى تدريب عائلى على ضبط الذات مدته ثلاثة اسابيع ثم أجرى تقدير بعد العلاج لكلا المجموعتين:

وقد اشتمل على مجموعات من الاباء والأطفال وخلال الإشارات الجماعية المركزة على الأطفال عُلّم الاطفال ان يسترخوا ويتخيلو مشهداً ساراً وأن يقول الطفل انى شجاع يمكن ان أرعى نفسى عندما اكون منفرداً ويمكن أن أرعى نفسى عندما اكون فى الظلام كما أُرشدوا أن يمارسوا هذه الممارسات كل ليلة. واثناء العلاج الجمعى المتمركز حول الاباء أرشد هؤلاء أن يبدأ جسلة الممارسة لطفلهم كل ليلة. وبالاضافة الى ذلك فقد راقب الوالدان تقدم طفلهم واستخدموا استراتيجية اجرائية لتقديم المكافآت الفورية للسلوك غير الخائف. وقد اعطى الاطفال بونات الشجاعة من والديهم كل صباح ومساء وكانت البونات بحيث تنتهى الى حفل فى أحد مطاعم الوجبات السريعة.

أظهرت النتائج أن الاطفال فى المجموعة التجريبية قد أظهروا تحسناً جوهريا بالنسبة لمخاوف الليل بالمقارنة مع أطفال المجموعة الضابطة. وكان الاطفال المعالجون خائفين فى عدد اقل من اليالى واسرع فى الدخول فى النوم واسرع فى الذهاب للنوم واكثر رغبة فى الذهاب للسرير كما أظهروا اساليب تأخر أقل وقد تتبع جرازيانو ومونى (١٩٨٢) كثيرا من الاطفال الذين اشتركوا

فى دراسة عام ١٩٨٠ لحوالى ثلاث سنوات تقريبا بعد انقطاع العـلاج وطبقوا استبيانات تسأل الوالدين عما اذا كان طفلهم لازال خائفا عند وقت النوم أوطور مشكلات جديـدة. وقد اشـارت النتـائج الـى ان ٢٣ طفـلا مـن ٣٤ قرروا انهم لازالون يحتفظون بالتحسن وان ٨ من ٣٤ قرروا انهم لايزالـون يخـافون لكـن اقل بكثير، وقرر ٣ من ٣٤ وجود مخاوف ليلية جوهرية. بينمـا كـانت تقارير معظم الاطفال انهم لم يظهروا مزيد من المشكلات.

وقد وفـرت دراسـات جرازيـانو وزمـلاؤه تـأييدا لاستخدام الاسترخاء والاستراتيجيات الاجرائية مع استراتيجيات ضبط النفس المعرفية فـى عـلاج حالات الخوف الليلى الشديدة فى الاطفال الصغار. ومن الملاحظ أن دراسه جرازيانو هى واحدة من الدراسات القليلة التى تعتمد على مجموعات ضابطة لدراسة نتائج العلاج فى أدبيات قلق الأطفال.

جـ ـ اختلال الهلع: Panic Disorder

أن اختلال الهلع المصحوب بالأجورافوبيا (الخوف من الاماكن العامة) أو غير المصحـوب بالأجورافوبيـا قد تشـخص فـى الأطفـال أو المراهقيـن باستخدام المحكات التشخيصية المحددة فى دليل التشخيص – الاصدار الرابع ١٩٩٤ (DSM-IV) ويتميز اختـلال الهلـع غـير المصحـوب بالأجورافوبيـا بحالات نوبات قلق تلقائية تشتمل على أعراض سيكولوجية عديدة دون وجود سلوك تجنبى جوهرى. وعلى النقيض من ذلك فإن تشخيص اختـلال الهلـع المصحـوب بالأجورافوبيـا يتطلـب وجـود نوبـات تلقائيـة وسـلوك تجنبـى جوهـرى. والاشـخاص الذيـن لديهـم أجورافوبيـا مـن المعتقد انهـم يتجنبـون المواقف لخوفهم من حدوث نوبات الهلع.

وتتوفر تقارير عن حـالات هلـع مـع أوبـدون أجورافوبيـا فـى الاطفـال والمراهقين (مثلا بلاك وروبنز Black & Robbins 1990، ولاست وشتراوس

Last & strauss 1989) وفى الماضى فأن كثير من الصغار الذين لديهم أعراض اختلال الهلع كان يطلق عليهم "زملة التنفيس الزائد" عندما كانوا يشخصون بواسطة اطباء الاطفال.

العلاج السلوكى:

تتوفر قليل من التقارير حول علاج الأجورافوبيا لدى الصغار ويعتبر ذلك أمرا مدهشا لحد ما إذا علمنا ان العمر النمطى لحدوث الأجورافوبيا هو المراهقة المتأخرة أوبدايات الرشد. وسوف نناقش هنا دراستين منشورتين عن الأجورافوبيا مع المراهقين وهما دراستى بارلووسيدنر Barlow & Seidner 1983، وكولكو Kolko 1984. وقد أجرى بارلووسيدنر علاجا جمعيا متعدد المكونات يشتمل على استراتيجيات التعامل مع الهلع، واعادة البنية المعرفية والتعريض المتدرج وذلك لعلاج ثلاثة مراهقين لديهم أجورافوبيا. وقد أظهر افراد البحث قصوراً جوهريا فى حضور المدرسة يرتبط باعراض الأجورافوبيا لديهم وقد اشتمل التقرير على تقديرات أسبوعية متدرجة بواسطة المراهق ووالده وكذلك استبانات معدة للتعرف على الاتصال بين الوالد والمراهق وقد اجريت تقديرات قبل العلاج وفى وسط العلاج وبعد العلاج وكذلك تقديرا تتبعيا.

أوضحت النتائج أن اثنين من الحالات الثلاث اظهر تحسنا جوهريا على مدى فترة العلاج وعند التتبع بعد ستة اشهر من انتهاء العلاج. وفى كلا الحالتين كانت هناك انخفاضات فى تقديرات مدرج القلق وبرهانا على تحسن الاتصال بين الوالد والمراهق. أما الحالة الثالثة فلم تظهر أى تحسن فى سلوك الاجورافوبيا عبر فترة العلاج. وقد افترض بارلو وسيدنر أن اشراك الوالد هو مثل اشتراك الزوج (أو الزوجة) عند علاج الكبار الذين لديهم أجورافوبيا يعتبر عاملا هاما يسهم فى نجاح العلاج وقد لاحظا أن حالاتهم

لديهم صعوبة فى تحمل أى قلق اثناء جلسات الممارسة رغم عرض منطق تفصيلى للعلاج ورد الفعل هذا يخالف ذلك الخاص بحالات الكبار الذين لديهم اجورافوبيا الذين يتقبلون بصفة عامة وان مخاوفهم تعتبر غير منطقية. وفى هذا السبيل فان المراهقين يمكن أن يقال انهم يشبهون حالات الكبار الذين لديهم اجورافوبيا مع حالة من المثالية ذات التقدير العالى الذين لايستجيبون عادة للعلاج بشكل ايجابى. وكما اشار الباحثان فان هذا يبرر اشراك الوالدين فى علاج حالات المراهقين الذين لديهم اجورافوبيا لكى نوفر دعما حيا وتشجيعاً.

أما كولكو فقد وصف علاج مراهق لديه أجورافوبيا باستخدام الارشاد المضاد وكان المريض فتاه فى السادسة عشرة من عمرها وتشتكى من نوبات هلع وتتطلب مصاحبة شخص عند خروجها خارج المنزل. وقد تم تقديم العلاج باستخدام تصميم AB مع متابعة واثناء العلاج اجرى تقدير درجة الأجورافوبيا وتم تطوير مدرج. واشتمل التقدير على: تقديرات بطريقة التقدير الذاتى أثناء التعرض للمدرج وكذلك قياسات تقدير ذاتى عن القلق والخوف. وقبل التجربة كانت المريضة قادرة على أن تكمل مهمة واحدة فقط من عشر مهام.واشتمل العلاج على ارشاد متناقض وتعريض حى In vivo exposure وبشكل رئيسى فقد ارشدت المريضة إلى الاقتراب من كل موقف على المدرج بينما تركز انتباهها كلية على الخوف والأفكار والأعراض الفزيولوجية المصاحبة.

وقد أظهرت النتائج أن المريضة اظهرت خوفا وتجنبا اقل لكل العناصر الداخلة فى المدرج بعد اكمال العلاج. وبعد العلاج وعند المتابعة كانت المريضة قادرة على اكمال كل المهام العشرة التى كانت فى المدرج

وابدت مستوى منخفضا من القلق فى كل المواقف. وبالاضافة لذلك فقد لوحظ وجود خفض فى الحساسية الانفعالية، وقلق السمة والحالة والخوف وذلك كما يظهر من استبانات التقرير الذاتى.

د ـ اختلال الوسواس والافعال القهرية. Obsessive Compulsive Disorder

أن اختلال الوساوس والافعال القهرية لدى الأطفال والمراهقين يماثل ذلك الخاص بالكبار. والخاصة الرئيسة لاختلال الوسواس والافعال القهرية هو الأفكار المزعجة المتكررة وكذلك الطقوس السلوكية. ويؤدى مقاطعة هذه الأفكار والطقوس عادة إلى ألم نفس بالغ، والوساوس الشائعة تكون افكارخاصة بالشك، أو الموت أو التلوث (الاتساخ) كما أن الافعال القهرية الشائعة تشتمل على طقوس الاغتسال والفحص والملامسة والعد. واختلال الوساوس والافعال القهرية لدى الاطفال يحتل أقل من ٢٪ من اختلالات الطفولة.

العلاج السلوكى:

معظم الدراسات المنشورة عن علاج الوساوس والأفعال القهرية لدى الاطفال يشير إلى استخدام فنيات الغمر ومنع الاستجابة (بولتون، وكولينز وستينبرج Bolton, Collins & Steinberg 1973 وميلز وأجراس وبارلو وميلز Mills, Agras, Barlow & Mills 1973 وستانلى Stanley 1980) ومزاوجة الغمر مع منع الاستجابة قد تم دراسته بشكل مكثف مع حالات الراشدين الذين لديهم وساوس وأفعال قهرية وبين أنه أفضل اختيار للعلاج.

وكمثال فان ميلز وزملائه (١٩٧٣) قد وصفوا استخدام منع الاستجابة لعلاج حالة صبىعمره (١٥ سنة) تحت العلاج فى مستشفى كانت لديه اعمال طقوسيه عند وقت النوم وفى الصباح. وبعد مضى ١٢ يوما كخط بداية أستخدم فيها اسلوب منع الاستجابة لطقوسة التى يقوم بها فى وقت النوم

وخلال مرحلة منع الاستجابة كان هناك أحد اعضاء الفريق يبقى مع المراهق فى حجرة نومه اثناء الليل وفى خلال عشرة ايام توقفت الطقوس الخاصة بوقت النوم وبالاضافة لذلك لاحظ الباحثون انخفاض موازيا فى طقوس الصباح رغم أن طقوس الصباح لم تكن هدفا للعلاج. واثناء العودة إلى خط الاساس فإن عضو الفريق لم يعد يبقى فى غرفة نوم المريض اثناء الليل. وقد استمر المراهق فى الإمتناع عن اظهار أى طقوس فى وقت النوم أو الصباح وحسب تقرير القائمين بالبحث فان مكاسب العلاج قد بقيت لحوالى ٨ اسابيع بعد انتهاء العلاج لكن المراهق بدأ حينئذ فى الانخراط فى سلسلة جديدة من طقوس الاستحمام وقد امكن بعلاجات خارج المستشفى عن طريق منع الوالدين للاستجابة أن ينجحا فى خفض طقوس الاستحمام.

كذلك فقد استخدمت فنيات الانطفاء ايضاء فى علاج اختلال الوساوس والأفعال القهرية لدى الاطفال وقد لاحظ هالام Hallam 1974 أن البحث القهرى عن اعادة الثقة يكون غالبا مشكلة لدى الاطفال الذين لديهم اختلال وسواسي قهرى. وقد وصف هالام استخدام الانطفاء لعلاج فتاة عمرها ١٥سنة داخل المستشفى ولها تاريخ من الاسئلة المتكررة عما إذا كان الناس يقولون اشياء قذرة عنها وذلك لمدة ثلاث سنوات.

ومحاولة للاستمرار فى عمل هالام أجرى فرانسيس Francis 1988 دراسة بطريقة الحالة الفردية لاستخدام الانطفاء فى علاج صبى عمره ١١سنة كان لديه حالة اختلال وسواسى قهرى. وقد تم فحص الطفل على أساس أنه مريض فى العيادة الخارجية واستخدم العلاج بواسطة الوالدين. وكان لدى الطفل انشغالات شديدة حول الموت أوالوفاة وكذلك سلوك بحث اعادة الثقة. وفى بعض الاحيان كان يعبر عن الخوف من الموت بسبب عدة امراض وأن يثابر على توجيه اسئلة مثل "هل أُصبت بالعمى؟" "هل سأموت قريبا؟" وقد وجهه الوالدان لمراقبة سلوك البحث عن اعادة الثقة أربع مرات

فى اليوم. وخلال مرحلة خط الأساس التى استمرت ثمان ايام وجه الوالدان أن يستجيبوا بطريقتهم المعتادة لبحث الطفل عن اعادة التأكيد وفى اثناء مرحلة الاطفاء التى استمرت ثمانية ايام وجه الوالدان إلى تجاهل اسئلة الطفل الخاصة بالبحث عن اعادة الثقة وذلك بالنظر أو الاشاحة واعادة توجيه المحادثة. وقد احتفظ المعالج باتصالات تليفونية متكررة مع الاسرة اثناء تلك المرحلة أما مرحلة العودة إلى خط الاساس فقد استمرت لمدة خمسة أيام واشتملت على عودة للانتباه لسلوك البحث عن اعادة الثقة فى وقت كان فيه عدد من أفراد الاسرة مستاءين وقد استمر استياء الاسرة لمدة خمسة ايام أخرى بعد انتهاء هذه المرحلة. وامتدت العودة إلى مرحلة الانطفاء لمدة ٢٠ يوما أخرى اشتملت على اعادة استخدام اسلوب الانطفاء وقد اجرى تقدير تتبعى بعد شهر من العلاج حيث راقب الوالدان سلوك الطفل لمدة ثلاثة أيام.

اشارات نتائج الدراسة إلى أن أسلوب الانطفاء كان ناجحا فى تقليل تكرار سلوك البحث عن اعادة الثقة للصفر خلال ستة أيام وخلال الانسحاب من الانطفاء ساء سلوك الطفل بشكل واضح وحدث سلوك البحث عن اعادة الثقة بمعدلات اكبر مما كانت عليه اثناء مرحلة خط البداية. وطالما اعيد استخدام اسلوب الانطفاء عاد تكرار سلوك البحث عن اعادة الثقة إلى الصفر لمدة تسعة أيام متتالية وكذلك عند التتبع بعد شهرين من العلاج وتشير البحوث حول موضوع الاختلال الوسواسى القهرى إلى الحاجة إلى تتبع بعد فترات طويلة من العلاج للتأكد من وجود نتائج طويلة الأمد للعلاج.

هـ - اختلال انضغاط مابعد الصدمات Post- traumatic stress disorder

قد يظهر الاطفال والمراهقون اعراضاً تشير إلى اختلال مابعد الصدمات (PTSD) والخاصية الرئيسية لهذا الاختلال وجود ألم نفسى (أساسى) مستمر فى اعقاب حادث مؤلم بدرجة غير عادية وواضحة (مثلا

كارثة طبيعية، سوء استغلال بدنى) ويبقى الالم المستمر عن طريق اعادة معايشة الحادث الصدمى وتجنب المواقف المرتبطة بالحادث وكذلك الاعراض المثابرة ذات الاستثارة الزائدة.

العلاج السلوكى:

وصف سيغ استخدام الغمر فى علاج ثلاثة أطفال لديهم حالات انضغاط مابعد الصدمة يرتبط بالحرب وقد اشتمل العلاج باختصار على عرض مشاهد غمر يوجه فيها الأطفال ليتخيلوا التفاصيل الدقيقة لكل مشهد صدمى. وعلى سبيل المثال فى حالة طفل عمره ست سنوات تعرض لحادث انفجار قنبلة (saigh 1986) وقد اشتملت المشاهد المولدة للقلق على سماع صوت انفجار عالى ورؤية أناس يصابون والاقتراب من منطقة التسوق التى حدث فيها الانفجار ومشاهدة رجل يحمل طفلا مصابا. وخلال كل مشهد كان يطلب من الطفل أن يقدر مستوى القلق. وقد قرر الباحث ان أسلوب الغمر كان فعالاً فى خفض القلق المعبر عنه ذاتيا خلال مشاهد الغمر. وبالاضافة الى ذلك فقد أكمل الطفل اختبارات قائمة على اساس سلوكى قبل وبعد العلاج تتطلب منه أن يعود الى مركز التسوق حيث حدث الانفجار. وعند تتبعه بعد ستة شهور من العلاج كان الطفل قادرا على اكمال ٩٥٪ من محكات اختبار السلوك مقارنا بـ ٤٥٪ فقط كان يكملها قبل العلاج.

المراجع

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual (4th edition) Washington O.C.Author.

Barlow, P.H & seidner, P.L (1983) treatment of adolescent agoraphobia. Effects on Parent-adolescent relations. Behavioral Research and Therapy. 21, 519-526.

Blagg, N.R & Yule, W (1984) The behavioral treatment of school refusal - A comparative study. Behavior research and therapy. 22, 119-127.

Bolton, D., Collins, S. & Steinberg, D. (1983) the treatment of obsessive - compulsive disorder in adolescence. A report of 15 cases. British Journal of Psychiatry, 142, 456-464.

Contwell, P.P. & Baker, L. (1987) The prevalence of anxiety in children with communication disorders. Journal of Anxiety disorders. 1, 239.

Francis, G (1988) childhood obsessive - compulsive disorder. extinction of compulsive reassurance - seeking. Journal of Anxiety disorders. 2, 361-336.

Francis, G. (1992) Behavioral treatment of childhood anxiety disorder in S.M.Tusner, K.S.Calhoon & H.E.Adams (Eds) Handbook of clinical behavior therapy (ended) New York: John wiles & sons.

Francis, G., Last, C.G, & Stares, CG. (1987) Expression of Separation anxiety disorder: The roles of age and gender. Child Psychiatry and Human Development, 18, 82-89.

Francis, G. & Ollendick, t (1990) Anxiety disorders. in E.L.Feindles & G.R. kalfus (Eds) Casebook in adolescent behavior therapy. New York, Springen.

Graziano, a., degiovanni, I.S. & Gracia, K (1979) Behavioral treatment of children's fears: A review. Psychological Bullekin 86, 804-830.

Graziano, A.M., & Mooney, K.C. (1980) Family self-control instruction for children's nighttine fear reduction. Journal of consulting and clinical Psychology. 48, 906-213.

Graziano, A.M., Mooney, K.C. (1982) Behavioral treatment of "night fears" in children. Maintenance of improvement at 2.5 - 3 years follow-up. Journal of consulting and chinical psychology. 50, 398-399.

Hallom, R.S (1974) Extinction of rwnirations: A case study. Behavior Therapy 5, 565-568.

Kaerrey, C.A. & silverman, W.K (1988) measuring the function of school refusal behavior. The school refusal Assessment scale (SRAS) Paper presented at the annual heating of the Association for the Advancement & Behavior Therapy. NewYork.

Kelko, D. (1984) Paradoxical instruction in The elimination of avoidance behavior in an agoraphobic girl. Journal of Behavioral therapy and experimental psychiatry. k, 51-57.

Last, C.G. & Strauss, C.C. (1989) Panic disorder in children and adolescents. Journal of Anxiety disorders, 3, 87-95.

Monsdorf, I.J. & Lukens, E (1987) Cognitive behavioral Psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry. 26, 222-225.

Miller, L.C., Barrett, C.L., Hampe, E. & Noble, H. (1972) Factor structure and childhood fears. Journal of consulting and clinical psychology. 39, 264-268.

Mills, H.L, Agras, W.S., Barlow, P.H & Mille, J.R. (1973) Compulsive Kituals treated by response prevention, An experimental analysis. Archives of several Psychiatry. 38, 524-529.

Retarson, L. (1987) Not Safe at home: Behavioral treatment of child's fear of being alone at home. Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry 18, 381-385.

Saigh, P.A (1986) IN Vivo flooding in the treatment of a 6-year-old boy's Post traumatic stress disorder. Behavior Research and therapy. 6,685-688.

Standey, L. (1980) Treatment of Mitualistiv behavior in an eight - year old girl by response prevention. A case report. Journal of child Psychology and Psychiatry 21, 85-90.

Straauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G & Francis, G (1989) overanxious disorder: An examination of developmental differences. Journal of abnormal child Psychology 16, 433-443.

الفصل الرابع عشر

تطبيقات العلاج السلوكى
فى مجال القلق والمخاوف الاجتماعية

لازالت المخاوف الاجتماعية Social phobias أقل أنواع القلق فهماً رغم أن النمو المذهل فى دراسة هذه الحالات فى السنوات الخمس الماضية قد اتاح معلومات جديدة عن خصائصها واستجابات العلاج

ورغم أن عرض هذه الزملة المرضية يعد حديث نسبياً حيث تم عرضها لأول مرة عام ١٩٨٠ فى الدليل التشخيص والاحصائى للجمعية الامريكية للطب النفسى الاصدار الثالث DSM-III ألا أن هذه الزملة المرضية قد وصفها هيبوقراط حيث يقول:

"خلال الخجل والتشكك والرهبه لن يُرى خارج بيته....

فهو يفضل ألا يذهب مع رفقة خوفا من أن يساء استغلاله أو يُحط من شأنه أو يجاوز حد الاعتدال فى ايماءات أو احاديث أو أن ينالـه السقم حيث يظن أن كل رجل يلاحظه.." (Schcier 1991 p 349)

*** اعراض المخاوف الاجتماعية:**

يحدد الدليل التشخيصى والاحصائى للامراض النفسية والعقلية الاصدار الرابع (١٩٩٤) العلامات التشخصية التالية:

(أ) خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الادائية التى يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو للتفحص من قبل الأخرين، ويخاف الفرد من أنه سيتصرف (أو أن يظهر اعراض القلق) بطريقة تكون مهينة ومربكة.

ملحوظة: فى الاطفال يكون هناك دليل على وجود امكانية لعلاقات اجتماعية مناسبة للعمر مع الناس المألوفين له ويجب أن يحدث القلق فى موقف الرفقة وليس فى مجرد التفاعل مع الكبار

(ب) التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق فى أغلب الاحوال بشكل تباينى والذى قد يأخذ صورة القيد الموقفى أو نوبه الهلع.

ملحوظة: فى الأطفال قد يعبر عن القلق بالبكاء والنوبات أو التسمر أو الابتعاد عن المواقف الاجتماعية التى يوجد فيها اناس غير مألوفين له.

(جـ) يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه أو غير منطقى.

ملحوظة: قد تغيب هذه الخاصة لدى الاطفال.

(د) المواقف الاجتماعية أو الادائية المخيفة يجرى تجنبها أو يكون تحملها مع قلق أو أسى شديد.

(هـ) أن التجنب، أو الترقب القلق، أو الأسى فى الموقف (أو المواقف) الاجتماعى أو الاداء المخيف يتدخل بشكل جوهرى مع النظام العادى للشخص أو أداءه المهنى (أو الاكاديمى)، أو الانشطة الاجتماعية أو العلاقات أو أن يكون هناك أسى حول وجود هذا الخوف.

(و) فى الاشخاص الذين تكون اعمارهم أقل من ١٨ سنة يشترط وجود العلامات لمدة ستة أشهر على الاقل.

(ز) يكون الخوف أو التجنب غير راجع إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لعقار (مثلا سوء استخدام عقار أو دواء) أو إلى حالة طبية عامة ولايفسر بشكل أفضل بوجود اختلال عقلى آخر (مثل الهلع مع أوبدون الأجورافوبيا أو قلق الانفصال أو تشوه بدنى أو اختلال ارتقائى عام أو اختلال الشخصية الفصامية).

(ح) إذا وجدت حالة طبية عامة أو اختلال عقلى آخر فان الخوف المذكور فى (أ) لايرتبط به مثلا مثل الخوف من اللجلجة. أو الارتعاش فى حالة مرض الشلل الرعاش (مرض باركنسون) أو إظهار سلوك شاذ فى تناول الطعام فى حالات فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى.

جـ: يحدد ماذا كان:

معمم : إذا كانت المخاوف تشتمل على معظم المواقف الاجتماعية (كذلك خذ فى الاعتبار تشخيص اختلال الشخصية المتجنبة)

(DSM.IV P416-417)

لقد أدى التصنيف الذى أورده دليل التشخيص الذى اصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسى DSM ١٩٨٠ والاصدار المعدل له DSM III. R (١٩٨٧) ثم الاصدار الرابع DSM IV (١٩٩٤) بعد النتائج التى توصل لها ماركس وجيلدر فى الستينيات (١٩٦٦) Marks Gelder إلى الاعتراف بالخوف الاجتماعى على أنه اختلال محدد يسبب عجزا خطيرا فى الجوانب المهنية والاجتماعية.

وفى دليل الجمعية الامريكية للطب النفسى DSM IV (١٩٩٤) يعرف الخوف الاجتماعى social phobia بالمفهوم الرئيسى للخوف من الخزى و/ أو الارتباك وقد يكون الموقف الذى يخافه الشخص متقطعا مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام وسط آخرين (فى اماكن عامة) أو أن يكون مراقبا أثناء الكتابة. ويحدث تبادل فى النوع المعمم (العام) generalized حيث تكون معظم المواقف الاجتماعية مخيفة للشخص وتشمل غالبا كل مواقف الاداء المتقطعة والتفاعلات الاجتماعية مثل التحدث فى

التليفون أو بدء محادثة مع الغرباء أو حضور حفل أو التعامل مع شخص ذى سلطة والاشخاص الذين لديهم خوف اجتماعى اما انهم يتحاشون المواقف التى يخافونها أو أنهم يتحملونها مع وجود قلق بالغ. وقد يشتمل القلق على اعراض الاستثارة الذاتية (التلقائية) مثل ضربات القلب الشديدة وتصبب العرق والارتجاف واحمرار الوجه. وغالبا يكون هناك قلق متوقع ملحوظ للاحداث التى تقع فى المستقبل مثل الانشغال حول حضور حفل في وقت لاحق.

وعلى الرغم من أن الدراسات المسحية قد أوضحت نسبة اكبر للمعاناة بين الاناث عنه بين الذكور فان الشواهد العياديه تبين أن المترددين من الذكور للعلاج يمثلون ٥٠٪ من جملة المترددين على العيادات المختصة وربما يرجع ذلك إلى مؤثرات حضارية تجعل الذكور أكثر قصدا للعلاج عن الاناث. وفى الغالب فان مرحلة الخوف الاجتماعى فى البحث عن العلاج اما للخوف من أظهار ذاتهم والذى يعتبر ضمن علامات هذا المرض أوبسبب افتراضهم أن اعراض الخوف الاجتماعى ليس لها علاج.

التشخيص الفارق والمضاعفات:

أن العلاقة بين الخوف الاجتماعى، والخوف من الاماكن العامة (الأجورافوبيا) علاقة معقدة ولكن التميز بين هاتين المجموعتين التشخيصيتين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب. فمن الناحية الديموجرافية فان الأغلبية الاكلينيكية لذوى الخوف الاجتماعى تكون اساسا من الرجال بينما عينات الأجورافوبيا فهى ذات غالبية نسائية كذلك فأن متوسط العمر الذى يبدأ فيه الخوف الاجتماعى يقع فى وسط مرحلة العقد الثانى (١٥سنة) أى فى المراهقة المتوسطة تقريباً بينما تحدث حالات الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة) عادة فى أوائل العشرينات من العمر.

أن اعراض القلق فى المخاوف الاجتماعية أكثر توقعا أن تشتمل على الحمرة واختلاج العضلات وأقل توقعا أن تشتمل على صعوبات التنفس أو الدوار (الدوخة) بشكل اكبر مما يحدث فى حالات الخوف من الأماكن العامة "الأجورافوبيا" وكذلك فان حالات الخوف الاجتماعى نادرا مايخشون الموت اثناء نوبه القلق. بينما نجد أن كلا من ذوى الخوف الاجتماعى والأجورافوبيا قد يتجنبون الأماكن العامة. ويخشى أصحاب الخوف الاجتماعى الخزى والارتباك فى وجود جمهور حتى فى غياب الاعراض الجسدية للقلق بينما تخاف حالات الأجورافوبيا عادة من حدوث نوبات هلع Panic attack وبينما يبحث اصحاب الأجورافوبيا عن الناس لاستبعاد القلق فان الخائف اجتماعيا يهدأ بشكل عام بالهروب من الناس أى بالهروب إلى العزلة.

وبالرغم من هذه العلامات أو الخصائص الفارقه فان بعض حالات الخوف الاجتماعى تتطور لديهم حالات اجورافوبيا بالاضافة إلى الخوف الاجتماعى كما يمكن أن يحدث الخوف من تجنب المواقف الاجتماعية أيضاً كمضاعفات لنوبات هلع تلقائية وهو نوع اطلق عليه خوف اجتماعى ثانوى Secondary social phobia وقد يكون من الافضل اعتباره مكافئا لاختلال الهلع مع أجورافوبيا.

أن تشخيص اختلال الشخصية التجنبية Avoidant persotality والنوع العام من المخاوف الاجتماعية رغم تطورها من جذور تاريخية مختلفة الا أنهما يبدوان متقاربين فى الدليل التشخيصى للامراض النفسية والعقلية DSM IV الذى صدر عام ١٩٩٤ فكلاهما مزمن، وهى حالات تستمر مدى الحياه وتتميز بالخوف من العلاقات البينشخصية. أما ما يتعلق بقضية ماذا كان من الافضل أن نصف الحالة على أنها تنتمى إلى اختلال قلق

Anxiety Disorder (الذى تقع المخاوف الاجتماعية ضمنه أو أن نصفه على أنه اختلال شخصى Personality Disorder أو كليتهما امر قابل للمناقشة. فاختلالات الشخصية الفصامية. أوذات النمط الفصامى Schizoid or schizotypal من السهل تمييزها عن الخوف الاجتماعى من خلال غياب الرغبة فى العلاقات الاجتماعية.

أن العجز الناشئ من الخوف الاجتماعى بشكل عام هو نتيجة لتجنب الانشطة العامة وفى الصورة الغالبة لهذا الاختلال وهى الخوف من التحدث أمام جمع من الناس قد تعوق التقدم المهنى للشخص الذى يعمل مديراً لمشروع تجارى على سبيل المثال ووجود الخوف الاجتماعى الاكثر تعميما وكذلك التجنب على الطرف الأخر يمكن أن ينتج عنه رفض المدرسة وعدم القدرة حتى على مواجهة المحصل (رجل الصندوق) فى سوبر ماركت أو مجرد أن يقابل مندوب شركة التأمين أو غياب أى علاقات اجتماعية خارج الاسرة.

ثمة نوع آخر من العجز ينتج عن الاختلالات العقلية الثانوية التى قد تضاعف من الخوف الاجتماعى. فقد أوردت عدة دراسات معدلا عاليا من العلاقة المرضية بين تعاطى الكحول (الخمور) والخوف الاجتماعى فى عدد من المجتمعات العيادية (الكلينيكية) وبشكل عام يكون حدوث الخوف الاجتماعى سابقا على الادمان حيث يحاول المرضى بالخوف الاجتماعى مداواة قلقهم ذاتيا باستخدام الخمور حيث يقررون أن جرعات قليلة قبل مغادرة المنزل لحضور حفل (أومقابلة لوظيفة) قد تجعل الموقف يمكن تحمله. وربما تكون النتيجة فى المدى البعيد هى ادمان الخمور بالاضافة إلى الخوف الاجتماعى كما أن الخوف الاجتماعىقد يمنع المريض من الاشتراك

فى برامج العلاج من ادمان الكحول التى يكون فيها التعامل الاجتماعى مطلوبا. وكذلك فان المراهقين الخجولين خاصة الذكور منهم يظهر من التقارير انهم أكثر عرضه لسوء استخدام العقاقير والخمور (الادمان). وقد يحدث الخوف الاجتماعى كنتيجة تالية للادمان أى لادمان الكحول مثلا وقد تنتهى مع انتهاء الادمان. وكثير من المرضى الذين لديهم خوف اجتماعى وسوء استخدام العقاقير قد يحتاجون إلى علاج نشط لكلا الاختلالين كما أن الاكتئاب هو ايضاً اختلال آخر يحدث بشكل متكرر مع المخاوف الاجتماعية وتحديد ماذا كان انخفاض الحالة المعنوية هى مظاهر لخوف اجتماعى سابق عليها أو أن الخوف الاجتماعى هو عرض من اعراض الاكتئاب يمكن أن يقود العلاج الذى ينبغى أن يركز بشكل عام على الاختلال الأساسى.

الجوانب النفسية الاجتماعية:

توجد مجموعة من الاسباب الاجتماعية النفسية يفترض أنها تدخل كعوامل فى تطور الخوف الاجتماعى. فالاشخاص ذوى الخوف الاجتماعى تكون لديهم خبرات التشويهات المعرفية فيما يتعلق بتتابع سلوكياتهم المخيفة. فهم يتوقعون أن تصدر العبارات المحرجة من الأخرين وانه ستكون هناك حمرة ستعلو وجوههم وانها ستكون ظاهرة لكل من يراهم وسوف تؤدى بالغرباء أن ينظروا اليهم على أنهم اغبياء بل ربما لديهم اضطراب عقلى خطير. والجوانب المعرفية السابقة والوعى الزائد قد تؤدى بالتالى إلى صعوبة لدى الشخص الخائف اجتماعيا وصعوبة التركيز على الموضوع الذى يتناوله مما يؤدى إلى دورة من الاداء المتدنى وزيادة القلق المتوقع فى الموقف التالى. وعلى خلاف بعض الانواع الأخرى للخوف فان التعرض المتكرر للمواقف المخيفة فى الخوف الاجتماعى بدون اعادة البنية المعرفية قد يعزز الخوف بدلا من ان يطفئة ويؤيد هذا النموذج تقارير العلاج الناجح

للخوف الاجتماعى باستخدام اعادة البنية المعرفية، واضافة لذلك فان بعض الافراد ذوى المخاوف الاجتماعية يبدو أنهم قد اخفقوا فى اكتساب المهارات الاجتماعية الأساسية.

وتفرض نظريات النمو أن الرفض الابوى والافكار يمكن ان تكون عوامل سببية فى الموقف الاجتماعى. وقد اظهرت الدراسات الارتدادية المضبوطة ان الاشخاص ذوى المخاوف الاجتماعية يدركون اباءهم على انهم أقل اهتماما وأكثر تعقيدا واكثر رفضا واكثر فى الحساسية الزائدة واكثر انشغالا باراء الأخرين اذا ماقورنوا بالعينة الضابطة من الاشخاص العاديين. وهذه البيانات محدودة بالطبيعة الارتدادية لها والتى تجعل من غير المؤكد كون هذه الذكريات تعكس الانماط الوالدية الفعلية أوانها منظور مصبوغ بالوجود المتأخر للخوف الإجتماعى.

الجوانب الفيزيولوجية:

اهتمت عدة دراسات بالخصائص الفيزيولوجية المرضية لحالات الخوف الاجتماعى التى قد تلقى الضوء على الاسباب والعلاج.

فهناك دراسات تؤكد فكرة ان الخوف الاجتماعى يعتبر الى درجة ما حالة ذات منشأ وراثى. وقد اظهرت هذه الدراسات ان التوائم احادية الزيجوت (التوائم المتطابقة) اكثر بشكل جوهرى فى درجة تماثلها فى خصائص الخوف الاجتماعى.

كذلك فان الاطفال الذين اختيروا فى أعمار سنتين لأنهم كانوا خجولين بشكل بالغ وهادئين تبين انهم فى سن السابعة يكونوا هادئين حذرين متجنبين اجتماعيا لأقرانهم وللراشدين وقد ارتبطت الفروق السلوكية مع رد فعل اكبر للجهاز العصبى السيمبتاوى عنه لدى الاطفال الذين ليس لديهم كبح خاصة

مع تسارع اكبر فى ضربات القلب عند القيام بنشاط معرفى وكذلك عند تغير وضع الجسم.

ان وجود اعراض الاستثارة الذاتية فى الخوف الاجتماعى وتقارير الاستخدام الناجح لكابحات بيتا للطاقة الادرينالية B - adrenergic فى علاج حالات مناظرة للخوف من الكلام امام جمهور (خوف المنصة) قد أدت الى تطوير نظرية للخوف الاجتماعى تقول بانه اختلال أونشاط محيطى للكاتيكول أمينات. ولاختبار هذا الفرض أدخل باب وزملاءه Papp et al هرمون الابينفرين (الادرينالين) عن طريق الحقن الوريدى فى احدى عشر مريضا لديهم خوف اجتماعى ولكن مع تحقيق مستويات عالية من الابنفرين فى بلازما الدم فان مريضا واحدا فقط هو الذى مر بقلق يمكن ملاحظته وتوحى هذه النتائج بأن الزيادة فى دوران الابنفرين تكون غير كافية لتفسير القلق فى حالة الخوف الاجتماعى. كذلك فان الحقن باللاكتات التى ثبت انها تولد الهلع لدى المرضى الذين لديهم اختلال الهلع لاتولد هلعاً لدى حالات الخوف الاجتماعى.

أما الدراسات التى تختبر أداء الجهاز الدورى فى حالات الخوف الاجتماعى فقد أوردت ارتفاعات جوهرية فى ضربات القلب وضغط الدم اثناء التفاعل الاجتماعى والتحدث أمام جمهور بالمقارنة مع حالات ضابطة، وأوضحت أن حالات الخوف من التحدث امام جمهور كان لديها ضربات قلب أعلى وأكثر فى استمراريتها (أطول فى المدة) أثناء التحدث أمام جمهور عنه لدى حالات الخوف الاجتماعى العام اثناء التفاعلات الاجتماعية.

ثمة فرض آخر اثاره ليبوتيز وزملاؤه Libowitiz et at ينادى بان أنظمة طاقة الدوبامين فى الجهاز العصبى المركزى قد تفقد تنظيمها فى حالة

الخوف الاجتماعى. وقد حصل على تأييد مبدئ لهذا الفرض من بحوثه كما ظهر تقرير حديث عن تجربه مع الحيوانات كانت فيه الفئران المرباه على التوارى الاجتماعى لديها قصور فى دوبامين المخ بينما لم يكن الامر كذلك فى الأمينات الاحادية الأخرى (Schneier, 1991 p349-353)

الخوف الاجتماعى والخجل:

قد يكون من الضرورى أن نميز الزملة الاكلينيكية للخوف الاجتماعى عن ذلك الطراز الشخصى الموصوف بانه خجول shy ولاتوجد دراسه مقارنه الحالات الخجولة مع الحالات المشخصة على أنها حالات خوف اجتماعى لكن نسبة الانتشار المختلفة للمجموعيتن توحى بأنهما ليسا شيئاً واحداً. وفى سلسلة من الدراسات كان الخجل موجودا لدى ٤٠٪ من طلاب الجامعات (Zimbardo, Pilkonis & Norwood (1975، أما الخوف الاجتماعى فكان معدل انتشاره حوالى ٢٪ فقط فى عينة من المجتمع (pollard & Hendersen 1988) وقد راجع تيرنر وزملاؤه (١٩٩٠) Turnar et al الأدبيات المتاحة وخلصوا إلى أنه على الرغم من وجود عدد من المتماثلات بين الزملتين (مثلا الملامح البدنية والمعرفية) فان هناك ايضا عددا من العوامل المميزة بخلاف معدلات الانتشار الواسعة.

فأولاً: إن درجة القصور الاجتماعى والمهنى لدى أولئك الاشخاص الذين شخصت حالتهم على أن لديهم قلق اجتماعى تميل إلى أن تكون اكبر كثيراً عنها لدى أولئك الذين هم مجرد أشخاص خجولين.

ثانيا: يبدو أن الخجل يحدث فى سن مبكرة كثيرا عن السن الذى يحدث فيه الخوف الاجتماعى

ثالثا: أنه من واقع الشواهد المتاحة فان الخوف الاجتماعى حالة مزمنة غير متقطعة بينما يبدو الخجل حالة عابرة بالنسبة لكثير من الاشخاص.

رابعا: يبدو أن التجنب Avoidance يقترن بالخوف الاجتماعى أكثر من اقترانه بالخجل وتكون شدة التجنب فى الخوف الاجتماعى أكثر منها فى الخجل.

أنواع الخوف الاجتماعى:

يحدد دليل التشخيص الخاص بالأمراض العقلية فى إصدارة الرابع (١٩٩٤) DSM. IV أنه يجب أن نشخص الخوف الاجتماعى على أنه من النوع العام عندما يعاش القلق فى معظم المواقف الاجتماعية. والمرضى الذين لايستوفون هذا المعيار يعرفون بانهم من النوع المحدد specific وفى الواقع فانه لايوجد منطق وراء تقسيم الخوف الاجتماعى إلى نوعين. فضلا عن ذلك فلم تكن هناك محكات واضحة لتحديد المقصود من عبارة معظم المواقف الاجتماعية. ورغم ذلك فان هناك دراستين حاولتا أن تهتم بمسألة الاختلافات والتشابهات بين النوعين.

أولى هذه الدراسات هى التى قام بها هيمبرج وأخرون (١٩٩٠) Heimberg et al حيث راجعوا سجلات ٥٧ من حالات الخوف وحددوا نوع الخوف فيها، فالاشخاص الذين كانت لديهم مخاوف من التحدث أمام جمهور خصص لهم النوع المحدد من الخوف الاجتماعى، أما أولئك الذين كانت مخاوفهم فى معظم المواقف الاجتماعية أو جميعها فقد اعطوا التشخيص المعمم (العام) Generalized وكانت هناك فروق ضئيلة بين المجموعتين ولكن عندما توجد مثل هذه الفروق فان النوع المعمم يكون أكثر شدة.

فى الدراسة الثانية قام تيرنر وبيدل وتونسلى Turuner, Beidel & Townsley بتقسيم ٨٩ حالة خوف اجتماعى إلى نوعين هما: المعمم (العام) والنوعى والذين كانت لديهم مخاوف من التفاعل الاجتماعى العام مثل المحادثات الاجتماعية غير الرسمية أو حضور مناسبات اجتماعية فقد صنفوا على أن لديهم خوف معمم أما أولئك الذين كانت لديهم مخاوف ذات وجهة أدائية Performance oriented مثلا الخوف من الكلام فقد صنفوا على أن لديهم النوع المحدد من الخوف الاجتماعى.

وتبين أن افراد النوع المعمم أكثر شدة بالنسبة لوجود ألم نفسى عام اكبر، وقلق اجتماعى أعلى وصعوبة اجتماعية اكبر، وأداء اضعف بالنسبة لمهمة سلوكية. وبذلك فانه على الرغم من أن محكات التقسيم إلى نوعين غامضة فانه يوجد ثمة دليل على أنها قد تكون مفيدة بالنسبة للشدة. كذلك أوضحت الدراسات العيادية أن التصنيف إلى انواع قد تكون له قيمة تنبؤية، فحالات الخوف النوعى كانت افضل فى استجابتها للعلاج بالأدوية والعلاج السلوكى عن حالات الخوف المعمم. على أنه يبدو أنه بشكل اساسى أن هذا التصنيف قد أخذ فى اعتباره بعد الشدة وليس التمييز النوعى Qualitative لأن لب الخوف فى كلا النوعين واحد (وهو الخوف من التقويم السلبى)

عرض للعلاج السلوكى للخوف الاجتماعى:

خلال العقد الماضى ظهرت مجموعة من الدراسات حول اثار العلاجات السلوكية المختلفة وكذلك العلاجات السلوكية المعرفية للفوبيا الاجتماعية. وفى البداية نناقش الطرق التى استخدمت فى علاج الخوف الاجتماعى.

أن واحدة من أولى طرق العلاج السلوكى كانت التدريب على المهارات الاجتماعية Social skill Training

وتقوم هذه الطريقة على منطق أن القلق الاجتماعى ينشأ من المهارات الاجتماعية غير الملائمة وان اصلاح العيوب سوف يمكن الفرد من الدخول إلى المواقف الاجتماعية بألم نفسى أقل بشكل جوهرى. ورغم أن البحث الحديث يشير إلى أن فئه فرعية فقط من حالات الخوف الاجتماعى لديها مهارات اجتماعية غير ملائمة (Emmelcamp et al 1985, Turnar et al 1986ويمكن أيضا تصوير التدريب على المهارات الاجتماعية على أنه اسلوب اشراط مضاد Counter conditionung والتكرار السلوكى والممارسة المبدئية فى مواقف غير مهددة (عادة فى مكتب المعالج) متبوعة بممارسة أكثر فى مواقف أكثر توليداً للقلق وهى مواقف حية (مثلا الطريقة المتدرجة Hierarchical approach كما تتسق مع نموذج الاشراط المضاد. وبذلك فان التدريب على المهارات الاجتماعية قد يكون مفيداً لأولئك الذين لديهم والذين ليس لديهم عيوب فى المهارات.

ومنذ فترة قريبة استخدمت مجموعة واسعة من البرامج العلاجية تتضمن بعضاً مما يعد استراتيجيات سلوكية كلاسيكية وأخرى ينظر إليها على أنها سلوكية معرفية. وبخلاف هذه الثنائية فإن مناقشة آليات خفض القلق التى تدخل ضمن العلاجات السلوكية لم تكن رائجة فى السنوات الأخيرة. وقد أصبح من الشائع أن يشار إلى عديد من استراتيجيات خفض الخوف باساليب التعرض Exposure strategues وسوف نتبع هذا المسار فى هذا الفصل. والأليات الاساسية فى هذه العلاجات كان ينظر إليها تقليديا على أنها أما إطفاء أو اعتياد extinction or habituation (على سبيل المثال الغمر ومنع الاستجابة) أوالاشراط المضاد (مثلا التخلص التدريجى من الحساسية والاساليب المختلفة للتعريض المتدرج) وهذه الطرق لخفض الخوف قد اظهرت فاعليتها مع معظم حالات اختلال القلق، وفى بعض الحالات فانه قد

يكون لاحدى الطرق فاعلية اكبر عن الطرق الاخرى، وفى الغالب فان خصائص المريض الفردية تفرض الطريقة التى ينبغى أن تستخدم بشكل اكبر عما يفرضه نوع الاختلال. وبذلك فان الاستخدام الفعال لهذه العلاجات يتطلب معرفه بأساسها النظرى وكذلك تفهما للزملة الاكلينيكية التى تعالجها.

وتختلف الطرق السلوكية المعرفية عن العلاجات السلوكية التقليدية فى تركيزها على الظواهر المعرفية وكذلك محاولتها فى أن تبدل بشكل مباشر تلك المعارف التى يعتقد أنها هامة فى الابقاء على السلوك غير المتكيف.

عرض لحالة:[1]

أن عيادة اخلالات القلق فى المعنى الغربى للطب النفسى لديها برنامج علاجى نشط لحالات الخوف الاجتماعى. وقلب هذا البرنامج هو عملية الغمر Flooding. وتصور الحالة التالية استخدام الغمر فى علاج الخوف الاجتماعى حيث تبين وصفاً للمريض واجراءات العلاج وسوف نناقش عدة مسائل تتصل بتطبيق برنامج العلاج.

وصف المريض:

المريض شاب عمره ٢٨ عاماً أعزب. تقدم بنفسه للعلاج من مخاوف التحدث امام جمهور من الناس وكان يعانى من خجل لازمه طيلة حياته وصعوبة فى مقابلة اناس جدد. ومع ذلك فقد اضحت هذه المشاكل جوهرية عند حصوله على منصب كمحامى وكان عليه أن يتحدث فى المحكمة. وقد تجنب التحدث العام فى المواقف كلما كان ذلك ممكنا خوفا من أن ينظر إليه الاخرون على أنه غير متمكن وغير متعلم وغير ماهر. وفى بعض الفرص

---

[1] هذه الحالة مأخوذة عن: Turner, S. M, Calhoun, K. S. & Adams, H. E (1992) Handbook clinical Bahavior therapy. New york: John Wiley & Sons.

عندما لم يكن بوسعه تجنب التحدث امام الجمهور فانه كان يعايش كثيرا من الاعراض البدنية somatic قبل واثناء الانخراط فى الحديث مشتملة على سرعة ضربات القلب وارتعاد يديه وساقيه وحمرة الوجه والعرق والغثيان والدوار والم الصدر وصعوبة التنفس وصعوبة فى التركيز وكان المه النفسى من الشده بحيث جعله يفكر جديا فى تغيير مساره المهنى بحيث لايكون من الضرورى عليه أن يتحدث امام الآخرين.

وبعد التقييم الأولى أضحى من الواضح أن هذا المريض قد عاش ايضا خوفا جوهريا من التفاعل الاجتماعى العام وانه يتجنب الحديث مع اناس جدد وكذلك الاشخاص الذين فى السلطة وبصفة خاصة النساء كلما كان ذلك ممكنا. وكانت هذه المواقف اشد صعوبة عليه عندما كان عليه أن يقرر رأيه أو أن يدفع عن وجهات نظره أمام الآخرين. كما أنه يتجنب الأكل والكتابة وسط الناس أوركوب المواصلات العامة والوقوف فى المصاعد المزدحمة والمغاسل خوفا من أن يقومه الأخرون فى صورة سلبية أو يلاحظوا قلقه. وفى مثل هذه المواقف كانت اعراضه مطابقة لتلك التى خبرها عندما كان يواجه بالتحدث امام جمهور من الناس ولكنها بدرجة اقل فى شدتها. وحتى يخفض قلقه فى المواقف الاجتماعية كان يشرب من ٥-١٠ كئوس من البيرة فى الحانات أو فى الحفلات وقد دخل فى مشاجرات عند الشرب كما قبض عليه لقيادته سيارته بينما كان تحت تأثير الخمر وقد شخصت الحالة على انها حالة "خوف اجتماعى من النوع المعمم "Social phobia, Generlized subtype"

العلاج:

اشتملت خطة للعلاج على الغمر (التعريض) حيث يعرض المريض اثناء جلسات العلاج للمؤثرات البارزة للخوف فى اطار ترتيب اعتياد (أى

حتى مستوى قلقه الذاتى كما هو مقرر من ١-٨ وحدات suds ثم يعود إلى مستوى القاعدة - درجة الأساس - أو قريبا من القاعدة) وبذلك فان طول الجلسات يحدد عن طريق استجابه المريض وقد نفذ الغمر مرتان فى الأسبوع خلال الاسابيع الثمانية الأولى (١٦ جلسة) ثم عين له واجب منزلى لمدة أربعة أسابيع اضافية وتم تنفيذ ٢٠ جلسة علاجية. وقد نفذ الغمر مبدئيا بشكل تخيلى، وبدءا من الجلسة رقم (١٠) استخدم الغمر الحى In vivo flooding فى البداية بمساعدة معالج ثم بعد ذلك بغير وجود المعالج، وقد صمم مشهد الغمر التخيلى ليشمل كل العلامات المناسبة المرتبطة بخوف المريض على النحو التالى:

انت تسير فى قاعة المحكمة حيث تحدثت عدة مرات، وبينما تنظر حولك ترى قاضيا على المنصة وهيئة المحلفين الى جانبه وباقى القاعة مليئه بزملاء من المؤسسة التى تعمل بها وكذلك رئيسك فى العمل ومحامون محترمون من مؤسسات أخرى ومحامون ممن حضرت معهم دراسة القانون، وبينما تقترب من مركز قاعة المحكمة لتبدأ مرافعتك وترى أن الانتباه مركز عليك وتحاول أن تبدأ الكلام ولكن الكلمات لاتخرج من فمك. وببطأ فان بعض الكلمات تبدأ فى الخروج ولكنك متوتر ولست متأكد مما تقوله، وقد أصبح عقلك فارغا (أبيض) ولاتستطيع أن تفكر فيما ستقوله بعد ذلك. وبينما تتكلم فان ساقيك ويديك ترتعدان بشكل متشدد. ومن الواضح أن الاخرين يلحظون ذلك وقلبك يدق بشكل أسرع وأسرع وانت تحس بالضيق فى صدرك. كما أن هناك غصه قد حلقك ويصعب عليك التقاط انفاسك مما يصبح معه صعبا أن تتكلم. وبينما تنظر حولك فى الغرفة فانك ترى بوضوح علامات عدم الموافقة. هؤلاء الناس بوسعهم أن يقرروا إلى أى حد انت عصبى وكلهم يتساءلون حول مهاراتك، وكلهم يظنون انك شخص غير

مؤهل ولم يكن ينبغى أن تصبح محامياً كما أن رئيسك يرى مدى ضعف ادائك ويفكر فى أن يقترح عليك أن تغير وظيفتك. وبينما تمضى فى التحدث فان يديك وجبهتك تبدو بوضوح أنها تتصبب عرقاً بينما صوتك ويداك وساقك تواصلان الارتعاش وتبدأ فى الاحساس بخفة فى رأسك وغثيان ويبدوا كل شخص ضجرا أو مندهشا عن كيف استطعت أن تؤدى هذا العمل الهزيل ولكن ليس أمامك خيار إلا أن تواصل الحديث.

مبدئيا فان هذا المريض قد خبر صعوبة فى اجراء الغمر التخيلى. وعلى سبيل المثال اثناء الجلسة الأولى ارتفع قلقه الذاتى إلى ٨ وحدات (على مقياس متدرج من ١-٨) حيث بقى كذلك على الاقل لمدة ٢٥ دقيقة وفجأه بدا حينئذ أنه توقف عن الاستجابة تماما كما لوكان قد دخل إلى النوم. وعند سؤاله من قبل المعالج قرر المريض أنه ربما يكون قد غاب عن الوعى اثناء جلسة الغمر. ولكن من الناحية الواقعية فان هذا المريض قد هرب من الالم النفس الذى تولد عن المشهد التخيلى بتوقيف المشاركة فى التعريض التخيلى وقد ناقش المعالج التوازى بين سلوكه فى جلسة الغمر ونمطه المعتاد فى الهروب أو التجنب للمواقف الأخرى المماثلة واشار إلى أنه رغم ألمه النفسى فانه لن يستفيد من العلاج إذا استمر فى الهروب من اجراءات التعريض التخيلية.

وفى الجلسات التخيلية التالية فان تقديرات المريض لوحدات القلق اظهرت نمط استجابة أكثر تميزاً مع زيادة القلق لاقصى مستوى أى لمستوى ٨ وحدات ثم الانخفاض حينئذ فى صورة متدرجة على مدى فترة طولها ١١٠ دقيقة، وفى بعض الاحيان فان المريض كان لازال يهرب من المشهد لفترات زمنية قصيرة وكان من الضرورى أن يوجه لمواصلة التعريض

التخيلى وكما يحدث فى الغالب فان الجلسات التمثيلية المبدئية قد أوضحت معلومات تتصل بعقيدة الخوف وقد اضيفت هذه العلامات للمشاهد وبعد جلسات تخيلية بلغ ذروة القلق ٥ ثم تناقص إلى درجة واحدة خلال ٤٥ دقيقة. وعند هذه النقطة ادخل الغمر بالطريقة الحية In vivo وجرى بالتبادل مع الغمر التخيلي واثناء الغمر الحى ارشد المريض إلى أن يقف ويتحدث أمام مجموعة من الناس قوامها ثلاثة افراد (لايدخل فيهم المعالج) وقد استجاب لتساؤلات حول القانون والسياسة وابدى وجهات نظر فى عدة قضايا جدلية وعلى مدى أربع جلسات حية فان مستوى ذروة قلقه انخفض من ٥ إلى ٤.

وبعد أربعة اسابيع من جلسات الغمر الحى والتخيلى المتبادلة فان مساعدة المعالج اثناء الجلسات العلاجية توقفت. وقد وجه المريض لأن يجرى تعريضا موجها ذاتيا. وعينت مواقف معينة للمريض كان يتجنبها فيما مضى (مثلا: التحدث إلى رئيسه حول حالات معينة، الاقتراب من لجنة المراجعة بخصوص حالات التحدث إلى النساء بدون أن يتعاطى أى خمور، والتحدث إلى الغرباء فى المواصلات) وفى كل حالة كان المريض يوجه إلى عدم الهروب من الموقف (مثلا يقطع مناقشة أو محادثة قبل انقطاعها الطبيعى) وكلما كان ذلك ممكنا كان يُرشد إلى البقاء فى الموقف لحين أن ينقص القلق لديه وقد أصبح قادرا على أن يدخل إلى معظم المواقف. وكلما فعل ذلك كان يقرر حدوث انخفاض فى القلق والخوف لديه حول دخول الموقف مرة أخرى. وكان بعض المواقف يستدعى تشجيعا قويا من المعالج وتأكيداً أن قلقه سوف ينخفض وأن المواقف سوف تصبح بالتدريج أكثر يسراً.

وبعد أربعة أسابيع من التعريض الموجه ذاتيا اظهر المريض زيادة جوهرية فى عدد المواقف التى استطاع أن يدخلها وكان يشعر فيها بقلق اقل عنه قبل العلاج كما كان قادرا على تحديد المواقف التى اعتاد أن يتجنبها وأن يدخل إليها وكان سعيداً بهذا التقدم. وقد انهى العلاج عند هذه النقطة مع تفهم إلى أن أى ضيق أو قلق متبق سوف يتناقص مع مزيد من تعليمات التوجيه الذاتى فيما بعد.

وفيما بعد العلاج كان قادراً على أن يكمل عشر دقائق من التحدث بينما قبل العلاج كان ينظر الى ذلك الوقت على أنه طويل وكان ينهى الحديث فى وقت مبكر. وقد تناقص تقديره لوحدات قلقه اثناء المهمة عن تقديره قبل العلاج من أربع درجات إلى درجتين، ولدى المتابعة بعد ثلاثة أشهر من العلاج كان هذا المريض يدخل إلى مواقف اجتماعية أكثر كثيرا وكان يعايش قلقا مقداره من ١-٣ وحدات وقد تناقصت درجتة على مقياس الخوف الاجتماعى والقلق من ١١٥ إلى ٨٥ كما أن درجته على مقياس القلق الاجتماعى والأسى SAD قد نقص من ٢٤ درجة إلى ١٠ درجات وكذلك انخفضت درجتة على مقياس الخوف من التقدير السلبى FNE من ٢٥ إلى ٦ درجات ونقصت درجة الخوف الاجتماعى على مقياس الخوف من (١٨) درجة إلى (١١) درجة

أن هذه الحالة تمثل كلا من شدة التعطل الاجتماعى الذى يوجد غالبا فى الشخص الذى يبحث عن العلاج من الخوف من الكلام أما جمهور fear of public وكذلك على بعض الصعوبات التى يمكن أن تحدث عند استخدام برنامج للغمر وكثيراً من المرض يمكن أن يصبحوا متألمين نفسيا بدرجة شديدة حتى عندما يتم التعريض فى صورة تخيلية وغالبا فانهم يحاولون أن

يهربوا وان يقللوا من درجة تألمهم النفسى عن طريق تقييد اشتراكهم فى جلسات العلاج. وعادة فان رد الفعل لايكون زائدا كما حدث مع هذا المريض الذى استسلم للاغماء (فقدان الوعى) لكى يوقف الجلسة. ومع ذلك فان بعض المرضى يحاولون جديا أن يضبطوا قلقهم عن طريق تخيل الاجزاء الأقل إيلاماً فى الشئ المخيف وحدها أو عن طريق التخيل الدقيق لانفسهم وهم يتعاملون جيدا مع المثير المخيف. وهذه الممارسات تكون وسائل رقيقة للهروب وتشوش على عملية الاطفاء. وكما حدث مع هذه الحالة يمكن التعامل مع هؤلاء بتفسير دقيق وحذر من جانب المعالج.

وقد تحسن هذا المريض بشكل واضح كنتيجة للعلاج السلوكى ولكن فى جميع الاحتمالات فانه سيحتاج إلى الاستمرار فى وضع نفسه فى المواقف التى كانت تثير قلقه فيما مضى لكى يحافظ على هذه المكاسب العلاجية. وبالنسبة لكثير من الافراد فان هذه المواقف تعرض لهم أنفسهم وكذلك لجمهور المتخصصين للبحث عن فرص ليست ضرورية وهناك مرضى اخرون يحتاجون أن يقوموا بترتيبات خاصة كى يواصلوا ممارستهم. (Turner et al 1994, p:3)

بعض الاساليب العلاجية السلوكية
التى يمكن استخدامها مع حالات القلق بشكل عام

يمكن استخدام الاساليب العلاجية مع حالات القلق لتحقيق اهداف ذات وجهة مزدوجة:

فأولاً: الاساليب السلوكية يمكن استخدامها للتأثير على تغيير السلوك بشكل مباشر.

وثانيــا: فــان الاســاليب العلاجيــة الســلوكية يمكــن اســتخدامها كتجارب لجـع المعلومـات لاسـتخدامها فـى خدمـه التغـيرات المعرفيـة طويلـة المـدى.

وفيما يلى عرض لبعض هذه الاساليب العلاجية السلوكية:

١- جدولة النشاط:

بالنسبة للمريض الذى يشعر بانشـغال شـديد فـان جدولـه النشـاط يمكـن أن تستخدم للتخطيط لاستخدام أكثر فاعلية للوقت ويعتبر الوقت اداة رجوعية لتقدير استخدام الوقت السابق. وأداة مستقبلية للتخطيط لاستخدام افضل للوقت من الأن.

٢- تقديرات التمكن والسرور:

يمكن استخدام جدولة النشاط ايضا لتقدير وتخطيط الانشطة التـى تقـدم للمريض شـعورا بالفعالية وكلمـا زاد التمكـن والسـرور قلـت معـدلات القلـق والاكتئاب، وعن طريق اكتشاف الانشطة الأدنى أو الأعلى اثارة للقلق يمكـن عمـل خطـط لزيـادة الأولـى (الانشـطة الاقل توليداً للقلـق) وخفـض الاخـيرة (الانشطة الاكثر توليداً للقلق).

٣- التدريب على المهارات الاجتماعية:

إذا كان اختبار المريض للواقع جيدا وكان بحاجة إلـى مهـارات معينـة فانـه يقـع علـى المعـالج مهمـة مسـاعدته علـى اكتسـاب المهـارات أو احالتـه للتدريب على المهارات الاجتماعية وقد يشتمل اكتساب المهارة أى شـئ بـدءاً من تعلم المريض كيف يصافح بيده إلى ممارسة المهارات الخاصة بالمحادثة

٤- التدريب التوكيدى:

كما فى التدريب على المهارات الاجتماعية فان التدريـب التوكيـدى قـد يكون جانبا رئيسياً للعلاج، والمريض الذى لديه قلق اجتماعى يمكن مساعدته أن يطور المهارات التى تجعله توكيديا بشكل مسئول.

٥- العلاج بالقراءة:

توجد مجموعة كبيرة من الكتب المتميزة يمكن تعيينها للمرضى كواجبات منزلية وتستخدم هذه الكتب لتطبيع المريض اجتماعيا أو تعليمه أساسيات نموذج العلاج والتركيز على نقاط معينة يتم مناقشتها فى الجلسة أو لتقديم أفكارا جديدة للمناقشة فى جلسات مقبلة.

٦- التكليف بمهام متدرجة:

ويشتمل هذا الاسلوب على استخدام اسلوب تشكيل مكون من عدة خطوات تتابع نحو الهدف المرغوب، وباعداد واجب (مهمة) ثم ترتيب الخطوات الضرورية فى متدرج هرمى فانه يمكن مساعدة المريض على أن يحدث تقدما مع اقل درجة من الانضغاط وبينما يحاول المريض مع كل خطوة فانه يمكن للمعالج أن يكون وسيلة متاحة للمساندة والتوجيه.

٧- التكرار السلوكى، اداء الادوار (تمثيل الادوار)

أن جلسة العلاج تعتبر مكانا نموذجياً لممارسة العديد من السلوكيات ويمكن للمعالج أن يعمل كمدرس وموجه يقدم التغذيه الراجعة المباشرة حول الأداء. كما يمكن للمعالج أن يراقب أداء المريض وان يقدم اقتراحات للتحسن وينمذج سلوكيات جديدة.

٨- التعريض لمثيرات حيه In vivo exposure

فى بعض الاحيان نحتاج أن نتخلى عن غرفه المعالج لكى نحقق تقدما فى العلاج وعلى سبيل فانه عند معالجة مريض بالخوف فان المعالج يمكن أن يذهب معه إلى الموقع الذى يخاف منه، مثلا الجسر الذى يحدث عنده الخوف. أويذهب معه إلى السوق أو ينتقل معه فى الحافلة التى يخاف ركوبها أو بمعنى آخر أن يتعرض المريض لمواقف واقعية وحية تشتمل على الشئ

الذى يخاف منه، وهذا التعريض الحى يمكن أن يجمع فيه الممارسة التى تتم فى المكتب والسلوكيات التى ولدها المريض فىالواجبات المنزلية إلى خبرة عملية واقعية.

٩- التدريب على الاسترخاء:

يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على الاسترخاء إلى القدر الذى تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق. ويمكن التدريب على الاسترخاء فى المكتب ثم يمارسه المريض كواجب منزلى. ويمكن الحصول على اشرطه كاسيت معدة خصيصا للتدريب على الاسترخاء كما يمكن للمعالج أن يسجل شريطاً بصوته للمريض لهذا الواجب، ويشتمل الشريط الذى يعده المعالج على اسم المريض كما يمكن أن يركز بشكل خاص على الاعراض التى لدى المريض. كما يمكن تعديله بشروط حسبما يكون مطلوب.

الاساليب المعرفية التى يمكن استخدامها مع حالات القلق

١- تفهم المعنى الخاص:

ويشتمل ذلك على مساعدة المريض على توضيح تعريفاته الخاصة التى يستخدمها لمصطلحاته، وعندما يقول المريض إنى قلق" فان المعالج يجب أن يفهم بالضبط ماذا يعنى هذا المريض بشكل خاص بكلمة (قلق)

٢- اعادة العزو:

عندما يضع المريض مسئولياته مفردة عن متاعبة على نفسه أو الآخرين فان المعالج يمكن أن يساعد فى التأثير على توزيع أكثر منطقية للمسئولية، عندما يقول المريض أن قلقى كله يرجع لجوانب بيولوجية فان المعالج يمكن أن يساعد على تطوير إعادة عزو، على سبيل المثال فان المعالج يقول:

"قد يكون القلق بيولوجيا بشكل جزئى دعنا نعمل مع الجانب النفسى من القلق ونستخدم الدواء للتعامل مع الجانب البيولوجى"

٣ ـ تطوير بدائل:

عندما يكون لدى المريض اختيارات وبدائل للتفكير والسلوك فانه ستكون لديه حرية كبيرة للاختيار. وطراز الاستجابة بالقلق أو الهلع تعتبر اختيارا واحداً من بين عدة اختيارات، وعندما يستطيع المريض أن يرى اختيارات أخرى فانه يبدأ فى فرض ضبط اكبر على افكاره وتصرفاته.

٤ ـ تقليل المصيبة:

أن الشخص المعرض للقلق وخاصة المريض المعرض للهلع يميل إلى المأسوية والى التضخيم، فالاحساس البدنى البسيط يصبح لديه مرضا خطيرا والخطأ الصغير يصبح بالغا فى حجمه وفى نتيجته. ويمكن للمعالج أن يعمل على تقليل التفكير المأسوى بمساعدة المريض على أن يولد امكانيات غير مأسوية واستراتيجيات مواجهة للتعامل مع المصائب.

٥ ـ تمحيص النتائج التخيلية:

إذا اعطينا اقوى إمكانية نحو استخدام التخيل لمريض القلق فان جعل المريض يعبر لفظا عن الحادث الذى يخافه أو الشئ أو الموقف المخيف يساعد المعالج على أن يعرف ويفهم ما يخاف المريض أن يشترك فيه.

٦ ـ المزايا مقابل العيوب:

يحتاج المريض إلى تقدير الفائدة أو المزايا الناتجة من المحافظة على صيغة معينة للتفكير والسلوك. وبسرد المزايا فى جانب (عامود) والعيوب من جانب آخر (عامود أخر) ثم وزن كل عنصرفإنه يمكن معاونة المريض للوصول إلى حل فعال وواقعى للمشكلة.

٧ ـ **تحويل العيب إلى ميزه:**

من الممكن أن نحول أى موقف معاكس لتحقيق مصلحة للشخص فمثلا فقدان علاقة يسمح للشخص أن يكون حراً فى تكوين علاقة جديدة.

٨ ـ **توسيم أو تلقيب التحريفات Labeling of distortions**

أن الخوف من المجهول هو قضية متكررة لدى مرضى القلق وكلما زاد أمكن للمعالج به أن يتعرف على طبيعة القلق والمساعدة على تسميه انواع التحريفات التى يستخدمها المريض، كلما قلت درجة الرعب من العملية كلها.

٩ ـ **الارتباط الموجه:**

النمط المعرفى الشائع لدى مريض القلق هو نمط تداعى طليق free association أى أن مريض القلق يسمح لعقله أن يجرى بحرية خلال سهول المواقف المخيفة له. وبمساعدة المريض على أن يبنى الترابطات فاننا يمكن أن نساعده على ضبط وتنظيم الافكار الطائرة.

١٠ ـ **التضخيم ـ التناقض:**

أن كل من التضخيم والتناقض يجب استخدامها بحرص بالغ، ولكى نستخدم أى من الاسلوبين بفاعلية فان المعالج ينبغى أن يكون لديه:

أ- علاقة عمل ممتازة مع المريض.

ب- توقيت جيد.

جـ- حس ممتاز للمرح.

وبدون هذه المتطلبات فان التدخل المتناقض قد يراه المريض على أنه إهانة اوسخريه. واستخدام التضخيم يمكن أن يستخدم لمساعدة المريض على وضع افكاره المضخمة فعلا فى تحرر اكبر.

١١- تقدير درجة القلق:

بدلا من رؤية كل الخبرات فى أطراف فان تقدير درجة يسمح للمريض أن يضع خبراته فى اطار مرجع للحياة. ويتطلب من المريض أن يبدأ اولا بتقدير درجة لخبرة القلق تتراوح من صفر - ١٠٠ ويطلب من المريض أن يضع نقطا فى الوسط ليحدد الوضع الراهن فى اطار الحياة. مثلا يقول المعالج: فكر فى اقصى قلق كنت قد قاسيته فى حياتك واعطى لهذه الخبرة الدرجة ١٠٠، والان فكر فى اقصى موقف استرخاء وهدوء واعطه الدرجة صفر، على هذا التدريج اين يقع قلقك الأن، يمكن للمرضى غالبا (وان لم يكن دائما) أن يمروا بخبرة خفض سريع فى ادراكهم لشدة القلق لديهم بمجرد أن يضعوه فى اطار خبرات الحياة.

١٢- تطوير تخيل احلالى:

طالما أن القلق يستمر فى التولد باستمرار من خلال خيال المريض فانه يمكن معاونة هذا المريض على تطوير خيالات للتعامل بدلا من تخيل الفشل والقهر أو الكدر. ويستطيع المريض صنع التخيلات الجديدة عن طريق الممارسة الجيدة.

١٣- الاصوات الخارجية:

يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يعبر لفظيا عن الديالوج (الحديث) الداخلى وبمجرد أن يصبح ظاهراً يمكن للمعالج أن يطلب من هذا المريض أن يبدأ فى تطوير تحديات وخفض للافكار الموردة للقلق. وعن طريق تغيير الأدوار فان المعالج والمريض يمكنهما أن يمارسا استجابة أكثر تكيفا ويمكن للمعالج أن يصبح الصوت المعيق بينما يستطيع المريض أن يمارس الاستجابة.

١٤ - وقف الافكار: thought stopping

بمجرد أن تبدأ أفكار القلق قد يكون من الصعب على المريض أن يستعيد الضبط ولكن بتقرير علامة قف، الضوء الأحمر أو ببساطة قول "توقف" فان المريض يمكنه محاولة استعادة الضبط، ويمكن باستخدام رباط مطاطى يوضع على المعصم وعندما يحدث فكر متكرر يمكن اسخدامه لاحداث صدمه للمريض فى الانتباه لافكاره بدلا من السماح لها بالانطلاق وهذا الاسلوب يجب أن يستخدم منذ اتصاله مع اعادة تركيز الانتباه على الانشطة الضاغطة غير المولدة للقلق لكى تكون فعالة فى خفض معدل وتكرار الافكار القلقة. ويجب أن يكون المريض مهيأ لاستخدام هذه الاساليب مرات عديدة قبل أن تتحقق مكاسب جوهرية.

١٥ - التشتيت Distraction:

وفى الغالب يكون من غير الممكن الابقاء على فكرتين بنفس القوة فى وقت واحد، واذا كان لدى المريض افكار مولده للقلق فانها غالبا ماتمنع المزيد من التفكير التكيفى وبالعكس فان التفكير المركز يشتت الفرد عن الافكار المقلقة. وعن طريق جعل المريض يركز على عملية غير معقدة أو جمع أو طرح فانه يكون من السهل تشتيته (ابعاده) عن الافكار الأخرى (ملاحظة: يجب ألا يكون المريض مصاب بفوبيا الرياضة أو الاعداد حيث تزيد عملية الحساب من قلقه) وجعل المريض يعد إلى ٢٠٠ أمر له فاعلية كبيرة وعندما يكون خارج البيت فانه يعد السيارات أو الاشخاص الذين يرتدون ملابس سمراء اللون أو أى نشاط عقلى مشتت.

المراجع

American, Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistacal manual of mental Disorders.-DSM- 1V. Washington, D.C: Author

Beck, A.T (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders

NewYork: Intention Universities Pres.

Beck, A.T, Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985) Anxiety disorders and phobia: A Cognitive Perspective. NewYork. Basic Books.

Emmelkomp. P.M.G, Mersch, P.P, Vissia, E., & Vender Helm, M(1985) Social Phobia: A Comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behavior Research and Therapy. 23, 365-369.

Freeman, A, & Simon, K.M (1989) cognitive therapy of anxiety. in A. Freeman, K.M. Simon, L. Butler & H. Arkowitz (Eds) comperhensive Handbook of cognitive therapy, pp 347-366. NewYork. Plenum Press.

Heimlerg, R.G., Hope, D.A., Podge, C.S & Becker, R.E. (1990) DSM-111-R Subtypes of social phobias: Comparion of genralized social phobias and public speaking phobias, Journal of Nervous and Mental disease , 178, 172-179.

Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Eeyer, A.J. & Kleim, D.F. (1985) Social Phobia: Archives of general psychiatry, 42, 729-736.

Scheier, F.R. (1991) Social Phobia. Psychiatric Annals. 349-353.

Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1985) Empirically derived subtypes of social anxiety. Behavior therapy, 16, 384-392.

Turner, S.M., Beidel, D.C. & Jacob, R.G. (1991) Pharmacological and behavioral treatment of social phobia. Unpublished manuscript, University of Pittsburg.

Turner, S.M., Beidel, D.C & Townsley, B.M. (1990) Social Phobia: Relationship to shyness. Behavior Research therapy 28, 497, 502.

Turner, S.M, Calhoun, K.S., & Adams, H.E. (1992) Handbook of clinical behavior therapy. NewYork: john wiley & Sons.

الفصل الخامس عشر

تطبيقات العلاج السلوكى
فى مجال الاكتئاب والاختلالات المزاجية

العلاج السلوكى لحالات الاكتئاب

ربما يكون هذا العصر هو عصر الاكتئاب بعد أن انقضى عصر القلق وكذلك عصر الغضب التى اعقبت الحرب العالمية الثانية لقد بلغ الاكتئاب مبلغة فى الولايات المتحدة الامريكية كما اجتاح معظم بلدان العالم الأمر الذى دعا حكومة الرئيس بوش أن تفرد مشروعا لعلاج حالات الاكتئاب.

والاكتئاب هو اختلال فى الحالة المزاجية للانسان يؤدى به إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس وللعالم وللمستقبل وقد استعاذ منه نبى الإسلام صلى الله عليه وسلم فى دعائه "اللهم انى اعوذ بك من الهم والحزن واعوذ بك من العجز والكسل" والهم يرادف القلق والحزن يرادف الاكتئاب في المصطلح النفسى الحديث.

أن الاكتئاب يعد مشكلة شخصية واجتماعية ذات اهمية كبيرة اذ تشير البحوث إلى أنه اثناء رحلة الحياة للفرد فى الولايات المتحدة الامريكية يصاب شخصي بين كل خمسة اشخاص بنوبه اكتئاب كافية لتثير التشخيص والعلاج له بينما ٣٪ ـ ٥٪ من السكان يتعرضون لدخول المستشفى وتلقى العلاج من الاكتئاب وتوابعه Craighead, Kennedy, Reczynski & Dow 1984 وبينما كان هذا المرض ينظر إليه على أنه خاص بأواسط العمر وكبار السن فقد اضحى شائعا بين الشباب وحتى بين الاطفال. ويعرف على النحو التالى:

"يشير الاكتئاب إلى زملة اكلينيكية تشتمل على انخفاض الايقاع المزاجى ووجود مشاعر الاستياء المؤلم وصعوبة التفكير مع تأخر حركى نفسي. وقد يختفى التأخر الحركى النفسى إذا كان الفرد يعانى من قلق أو وساوس، والاكتئاب حالة باثولوجية تدل على معاناه للجهاز النفسى للفرد

والشعور بالاثم مصحوبا بنقص ملحوظ فى الاحساس بالقيمة الشخصية وفى النشاط النفسى الحركى بل والنشاط العضوى أيضا وبدون وجود نواقص عضوية حقيقية. (cambell 1980)

اعراض الاكتئاب:

يمكن أن نصف حالة الاكتئاب بشكل عام بأنها حالة من العزوف عن الحياة ويحدد الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية فى اصداره الرابع (1994) DSM IV الاعراض التالية لاختلال الاكتئاب.

١- العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيس، ونوبه واحدة
296.2x Major Deprassive disoder, single episede

أ- وجود نوبه اكتئابية واحدة رئيسية.

ب- نوبة الاكتئاب الرئيسية لايمكن ارجاعها إلى اختلال الفصام الوجدانى، أوالى اختلالى فصامى أولاختلال هذائى (ضلالى) أولاختلال ذهانى غير موصف فى مكان آخر.

جـ- لم تحدث اطلاقا نوبه من الهوس، أو نوبه مختلطة أو نوبه هوس خفيف.

ملحوظة: لاينطبق هذا الاستبعاد إذا كانت كل النوبات شبيهات الهوس، وشبيه النوع المختلط، وشبيه الهوس ناتجة عن عقار أوعن علاج أو راجعة للتأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية عامة.

حدد (بالنسبة للنوبة الراهنة أو لاقرب نوبه)

أى من محددات: الشدة/ الذهانية/ الكمون.

- مزمنة

- مع خاصة كاتاتونية (تخشبية)

ـ مع خصائص ميلانخوليا (انقباضية)
ـ مصحوب بعلامات عدم النمطية.
ـ حدوثه بعد الولادة.

٢- العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيس. معاود(متكرر دورياً)
296.3x Major depressive Disorder, Recurrent

أ- وجود اثنين أو أكثر من نوبات اكتئاب رئيسيه.

ملاحظة: لكى تعتبر نوبات منفصلة يجب أن يكون هناك فترة بينية طولها شهران متتابعان لاتوجد فيها المحكات التى تحددت فى نوبه الاكتئاب الرئيسية.

ب- نوبات الاكتئاب الرئيسية لايمكن ارجاعها لاختلال فصامى وجدانى، وليست ناتجه عن الفصام أو الاختلال الفصامى الوجدانى، أولاختلال هذائى (ضلالى) أو لاختلال ذهانى غير موصوف فى مكان آخر.

جـ - لم يحدث أبداً نوبه هوس، أو نوبه مختلطة أو نوبه هوس خفيف.

ملحوظة: هذا الاستبعاد لاينطبق إذا كانت النوبات الشبيهه بالهوس أوالشبيهة بالمختلطة، أو الشبيهة بالهوس الخفيف راجعة إلى استخدام مادة أو نتيجة للعلاج أو راجعة للاثار الفيزيولوجية المباشرة لحاله طبيه عامه.

حدد (بالنسبة للنوبة الراهنة أو لأقرب النوبات حدوثا):
ـ موصفات الشدة/ الذهانية/ والكمون.
ـ مزمن.
ـ **مع خصائص كاتاتونيه (تخشبية)**
ـ **مع خصائص سوداويه ارتداديه (ملانخوليا)**

ـ مع خصائص غير نمطية.

حدثت بعد الولادة.

حدد:

ـ موصفات المسار على المدى البعيد (مع أوبدون شفاء بين النوبات)

ـ مصحوبة بنمط موسمى seasonal

(DSM - IV pp 344 - 345)

أما نوبه الاكتئاب نفسها الموصوفه ضمن اختلال الاكتئاب مع نوبه واحده أو الاختلال الاكتئابى مع أكثر من نوبه فهى وجود مزاج كدر أو فقدان للاهتمام والمتعة فى معظم أو كل الانشطة المعتادة وتشتمل على اختلالات الشهية للطعام، أوتغير فى الوزن، مشاعر عدم الاهمية وتدنى تقدير الذات وصعوبة التركيز أو التفكير أو أتخاذ قرارات وكذلك وجود افكار حول الموت أو الانتحار أومحاولات الانتحار.

والشخص الذى يعانى من الزمله الاكتئابيه سوف يصف مزاحه بانه مكتئب حزين يائس، هابط أوما يشابه ذلك من الصفات أو قد يصف نفسه بانه قد فقد لذه الحياة وطعمها.

ويحدد الدليل الامريكى لتشخيص الامراض النفسية فى اصداره الرابع ١٩٩٤ DSM .IV العلامات (الملامح) الأتية كعلامات تشير إلى حدوث نوبه الاكتئاب التى تعتبر العلامة التشخيصية الرئيسية لاختلالات الاكتئاب الرئيسية.

العلامات الخاصة بنوبة اكتئابية رئيسية:

(أ) خمس (أو أكثر) من الاعراض التالية تكون موجودة اثناء فترة اسبوعين وتمثل تغيرا عن الاداء السابق مع عرض واحد على الاقل منها يكون أما:

(١) مزاج مكتئب.

(٢) فقدان الاهتمام والسرور.

ملاحظة: لاتدخل الأعراض التى ترجع إلى حالة طبية عامة، أو لهذاءات أو الهلاوس غير المنسجمة مع المزاج.

(١) مزاج مكتئب معظم اليوم تقريبا كل يوم كما يدل عليه تقرير ذاتى (مثلا اشعر بالحزن والخواء) أو الملاحظة التى يبديها الأخرون (مثلا يبدو باكيا)

ملاحظة: فى الاطفال والمراهقين يمكن أن يكون مزاج متوتر.

(٢) تناقص المتعة والسرور فى كل أو معظم الانشطة معظم اليوم وتقريبا كل يوم (كما تشير لها التقارير الذاتية أو ملاحظات الأخرين)

(٣) انخفاض واضح فى الوزن بينما لايكون على حميه أو نتيجة رجيم أو زيادة فى الوزن (تغير أكثر من ٥٪ من وزن الجسم فى الشهر) أو نقصان أو زيادة فىالشهية تقريبا كل يوم.

ملحوظة: فى الاطفال اعتبر الاخفاق فى تحقيق الزيادة فى الوزن مؤشراً لذلك.

(٤) الأرق أو الوخم تقريبا كل يوم.

(٥) تأخر حركى نفسى أو تخلف تقريبا (يلاحظه الاخرون وليس مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار أو البطء)

(٦) التعب أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم.

(٧) الاحساس بانعدام القيمة أو تأثم زائد أو غير ملائم. (الذى قد يكون هذائيا) تقريبا كل يوم (وليس مجـرد توبيخ الـذات أو التـأثم حـول كونه مريضا).

(٨) تناقص القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة علـى اتخـاذ قرار تقريبا كل يوم (يستدل على ذلك بالتقرير الذاتى أو ملاحظات الآخرين)

(٩) أفكار معاودة عن الموت (ليس مجرد الخوف من المـوت) تفكير متكـرر فـى الانتحـار بدون خطـة، أو محاولـة الانتحـار أو خطـة محددة لارتكاب الانتحار.

(ب) لاتقابل الاعراض علامات النوبه المختلطة.

(جـ) لاتسبب الاعراض اسى اكلينيكـى جوهـرى أو قصـور فـى الاداء الاجتماعى أو المهنى أو غيره من مجالات الاداء الهامة.

(د) لاترجـع الاعـراض للتـأثيرات المباشـرة الفيزيولوجيـة لمـادة (مثـلا عقار يساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة (مثـلا زيـادة أفراز الغدة الدرقية)

(هـ) لاتفسر الاعراض بالحزن العادى أى تكون اعقاب فقدان شـخص محبوب أو تستمر الأعراض لاكثر من شهرين أو تتسم بقصـور ملحوظة فى الأداء أو انشغال مرضى بانعدام القيمـة، أو بافكـار الانتحار أو الاعراض الذهانية أوتخلف حركى نفسى.

(DSM. IV, 1994, P:327)

النظريات الاساسية المفسرة لاكتئاب:

يرى هولون وبيك (١٩٧٩) Hollon & Beck أنه يمكـن فهم الاكتئـاب فـى ضـوء أربـع نظريـات هـى النظريـة المعرفيـة، والنظريـة السـيكودنامية، والنظرية السلوكية والنظرية البيولوجية.

وتنظر النظرية المعرفية Cognitive إلى الاكتئاب على أنه نتيجة لوجود مجموعة معرفية سالبة Ngative conitive حيث يقترح بيك Beck أحد رواد هذه المدرسة فكرة وجود مثلث من الأفكار المتشائمة والنظرة السالبة للذات، وللعالم والخبرة وللمستقبل. وانه يحدث نوع من الافكار الخاطئة رغم أن الشواهد المستقاة من البيئة تعارضها ومن أمثلة التشويه الذى يحدث فى عملية معالجة المعلومات مايأتى:

١ - التجريد الانتقائى Selective Abstraction

الوصول إلى صيغة للنتيجة بالنسبة لحدث معين وذلك على الاساس من تفصيلات مستقلة على حين يكون هناك تجاهل للبراهين المتناقضة والاكثر دقة.

٢ - الاستنتاج الاختيارى Arbitrary inference (مجموعة استجابة)

الوصول إلى نتيجة مع غياب الدليل.

٣ - التعميم الزائد (مجموعة استجابة) Overgeneralization

استخلاص قاعدة أو فكره على أساس من حادث معين وتعميمه لمواقف غير مماثلة.

٤ - التضخيم (مجموعة استجابة) Magnification

زيادة تقدير أهمية أو حجم نتائج معينة

٥ - أما كل شئ أو لاشئ (مجموعة استجابة) All or none thinking

الميل للتفكير فى صورة مطلقة.

وترى **النظرية المعرفية** أن هذه الاعتقادات المعطلة وعملية معالجة المعلومات المشوشة تعمل على اكتئاب المزاج وتؤدى إلى السلبية السلوكية.

فاذا كان الشخص خاويا وكان المستقبل حزينا كما يعتقد الافراد المكتئبون فان حزنهم وعدم المبالاه ستبدو منطقية ومنسجمة مع الواقع. وتجادل النظرية المعرفية فى أن هذا التفكير الخاطئ هو الذى يقود بتوقع وعناد ماقد يبدو للمراقب الخارجى حزنا غير مُفسر وسلبيه هازمة للذات.

وفضلا عن ذلك فانه يبدو أن التنظيم المعرفى للشخص المكتئب يعانى من تغيير كبير يتسم بمحدودية فى العدد والمحتوى والخصائص الرسمية لمجموعة الاستجابة المعرفية وبصفة خاصة فيما يتعلق بمفهوم الذات لدى المرضى وتوقعاتهم الشخصية وميل مجموعات الاستجابة إلى أن تكون عامة وجامدة وذات ايقاع سلبى (بيك ١٩٦٤ Beck)

أما **المدرسة السيكودينامية** فقد ركزت على النظر إلى الاكتئاب على أنه غضب موجه داخليا نحو الذات فى اعقاب فقدان حقيقى أو رمزى (غضب لاشعورى) غير أن مجموعة كبيرة من الدراسات اثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الاكتئاب ليست عالية فى حين أن الاكتئاب يرتبط بالفشل بصورة اكبر من ارتباطه بالعدوان.

أما **المدرسة البيولوجية** فانها تعزو الاكتئاب إلى خلل فى كيمياء المخ وبصفة خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبى Neurotransmitters مثل النوربنفرين Norepinefrine والسيروتينين serotinin حيث يعملان على نقل السيال العصبى بين الاعصاب عبر الوصلات العصبية ويبدو أن هاتين المادتين تتركزان فى الجهاز العصبى الطرفى ويقترح سيكلدكروت (١٩٦٥) Schildktrut فى نظريته الآولية أن النقص فى النوربنفرين يقترن بالاكتئاب على حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس وفى رأى هولون وبيك (١٩٧٩) أن النظريات البيولوجية لازالت تعتمد فى جانب كبير منها على

الدراسات الارتباطية وبذلك ليس من الواضح ما إذا كانت التغيرات فى فيزيولوجيا المخ هى التى ينتج عنها اكتئاب أو أن الاكتئاب هو الذى ينتج عنه تغيرات فى فيزيولوجيا المخ.

أما **اصحاب المدرسة السلوكية** فهم يرون ان الاكتئاب مكتسب (متعلم) شأنه شأن اى سلوك آخر ويمكن تفسيره على اساس من نظريات الاشراط الكلاسيكى أو الاشراط الاجرائى أو التعلم الاجتماعى وفى الاشراط الكلاسيكى فانه لما كان من شأن مثيرات معينه (مشروطة) أن تولد استجابات انفعاليه (مشروطة) فان الافراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، ويرى ولبيه (١٩٧١) Wolpe أن المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر الى اكتئاب وهو تفسير يقارب مدرسة التحليل النفسى. أما فى الاشراط الاجرائى فان المدافعين عنه يرون ان نوع ومعدل الأحداث البيئية هى العوامل الأساسية للمرض ويرى فيرستير (١٩٧٣، ١٩٧٤) ان الاكتئاب قد ينتج عن احد المواقف الثلاثة الاتية:

١- معدلات منخفضة من التدعيم (التعزيز)

٢- معدلات عالية من العقاب,

٣- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة (التدعيم) اى الاطفاء.

وقد اقترح ريهم (١٩٧٧) Rehm نموذجاً للاكتئاب على اساس عيوب ضبط النفس وذلك على اساس من المفهوم الذى أعده كانفر (١٩٧٠) Kanfer ويقترب هذا الانموذج من النماذج التى وضعتها النظرية المعرفية.

ويحدد ريهم فى نموذجة النواقص الخاصة بضبط الذات فى ثلاث جوانب هى:

مراقبة الذات، وتقيم الذات، وتعزيز الذات.

وبالنسبة لمراقبة الذات فان الافراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون.

(أ) منتبهين بشكل انتقائى للأحداث السالبة (البيئية)

(ب) منتهيين بشكل انتقائى الى النتائج المباشرة (الفورية) اكثر من النتائج المؤجلة. وبالنسبة للتقويم الذاتى يكونون:

(أ) مخفقون فى استنتاج الاسباب من داخلهم.

(ب) يضعون معايير قاسية فى تقويم أنفسهم.

وبالنسبة للتعزيز الذاتى لديهم:

(أ) معدلات منخفضة من سلوكيات تدعيم (تعزيز) الذات.

(ب) معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

تقدير الاكتئاب:

ان اعراض الاكتئاب يمكن التعرف عليها بشكل جيد من خلال مقابله مبدئية. وتعتمد هذه المقابلات على التقرير الذاتى للمرضى وعلى الملاحظات اثناء المقابلة من جانب الأخصائى الاكلينيكى أو المعالج.

كذلك هناك مجموعة من المقايس التى تهتم بالتعرف على الاكتئاب منها مقياس هامليتون، ومقياس معهد الوبائيات، وقائمة لوبين ومقياس التقدير لمونتجومرى واسبيرج Montogomery & Asperg ومن بين المقاييس الحديثة مقياس بيك Beck الذى يتألف من ٢١ فقرة تقيس اعراض الاكتئاب مثل فقدان الرغبة لتناول الطعام والميل للانتحار وتقطع النوم وفقدان الرغبة الجنسية وغيرها وقد نقله للعربية الشناوى وخضر (انظر المراجع)

العلاجات السلوكية والمعرفية للاكتئاب:-

١ - التدريب على النشاط Activity training

طور ليوينسون (١٩٧٤) Lewinsohn واحدا من أول برامج العلاج السلوكى لحالات الاكتئاب حيث افترض ان الاكتئاب ينتج عن انخفاض فى التقدير الايجابى للاستجابات أو زيادة فى الخبرات المنفرة أو مجموعة من الاثنين. كما افترض ان الافتقاد الاساسى فى خبرة الشخص قد ينتج عن البيئة أو لعدم ملاءمة المهارات للحصول على معززات وتقليل الخبرات المنفرة أو تناقص القيمة التعزيزية للاحداث الموجبة وزيادة القيمة التعزيزية للاحداث السالبة.

وقد وصف هوبرمان وليونسون (١٩٨٥) Hoberman & lewinsohn فى وقت قريب نموذجا فى العلاج حيث تم فيه تحديد دور الافكار والمشاعر وتفاعلهما المشترك بشكل واضح ومع ذلك فقد أصر هوبرمان ولوينسون على ان المشاعر والافكار المرتبطة بالاكتئاب يمكن تعديلها بشكل فعال عن طريق تغيير السلوك. وفى بداية البرنامج العلاجى فإنهما يعرضان للمرضى المنطق حول الرابطة بين السلوك والمشاعر ثم انهم بعد ذلك يراقبون الأحداث والوجدان ليستجلوا (يتبينوا) الرابطة بينها وبين المزاج وليتعرفوا على اهداف التدخل السلوكى.

ثم يقدم التدريب على الاسترخاء المتتابع مبكراً فى العلاج السلوكى، ويدخل الاسترخاء لخفض القلق الذى يضخم من تاثير الأحداث السالبة ويقلل من القيمة التعزيزية للأحداث الموجبة كما انه يسمح للمرضى بنجاح مبكر. ومن النتائج المثيرة للدهشه ان التدريب على الاسترخاء عندما استخدم مع حالة ضابطة فى دراسة مقارنة مع العلاج بالأميتربتلين Amitriptyline

والعلاج السلوكى والعلاج السيكوديناميى المختصر فان التدريب على الاسترخاء كان افضل من العلاج النفسى المختصر وكان مكافئا فى الفاعلية فى العلاج الدوائى، وكان البرنامج السلوكى العام اكثرها فاعلية. وبعد التدريب على مهارات الاسترخاء فان العلاج يركز على خفض الاحداث المنفرة. وتطبيق المهارات الخاصة بالاسترخاء والتدريب على التعامل مع الانضغاط، والتدريب على السلوك التوكيدى وتعديل الافكار المعطوبة تدخل ضمن العلاج. وفى هذا النموذج يكون هناك ابتعاد عن الأساليب السلوكية الكلاسيكية. وتُعرض مجموعة من الأساليب المعرفية.

ويتختم العلاج بتعليم المرضى ان يزيدوا عدد ونوع الانشطة السارة، وهذا هو لب العلاج والجزء الاكثر معلومية من البرنامج العام. والخطوة الأولى هو تكوين اهداف واقعية لزيادة عدد الاحداث السارة ثم ان المرضى يعملون لزيادة الاحداث الممتعة باستخدام مهارتهم المعرفية والسلوكية التى سبق ان تعلموها. وأخيراً فان هذه أنشطة تقترن مع أمزجة موجبة وتنمى خطط معينة لزيادة احتمالية ان يزداد انشغالهم بهذه الانشطة وتلقى الانشطة الاجتماعية اهتماما خاصا وتصبح الاهداف أعلى بشكل متزايد بينما يستمر البرنامج نحو التمام.

وقد اظهرت طريقة لوينسون السلوكية فى علاج الاكتئاب فاعلية عندما طبقت بشكل فردى أو فى جماعات تعليم نفسية بغير فروق بين انماط العلاج. وكلا من برنامج التعامل مع الاكتئاب والعلاج الجمعى والعلاج الفردى القائمة على هذا النموذج تقوم بشكل واسع على اساس من البرامج السلوكية بدلا من الارتكاز الضيق على التدخل بأحداث سارة.

٢- التدريب على المهارات الاجتماعية:

اقترح بيلاك وهيرسين وهيملهوك (١٩٨١) Beellack, Herson & Himmelhock برنامجا جيد التخطيط وشاملا للتدريب على المهارات الاجتماعية كعلاج للاكتئاب ويفترض هذا البرنامج ازدياد ووفرة الأحداث السالبة البينشخصية ونقص نسبى فى الأحداث البينشخصية الايجابية كعوامل مسببة للاكتئاب. وتكون الجوانب الوظيفية للاكتئاب مثل قلقى الاهتمام والشفقة ودعم السلوكيات المرتبطة بالاكتئاب أهدافاً للتغيير - ويسمح التغير للمرضى بان تكون لهم تفاعلات اجتماعية اكثر ايجابية.

ويتضمن برنامج العلاج بالتدريب على المهارات الاجتماعية المكون الشهير للتدريب على السلوك التوكيدى Assertion training مثل رفض الطلبات غير المنطقية، والتعبير عن عدم الموافقة، اجراء الطلبات، والمصالحة والمفاوضة. وكذلك يدخل ضمن البرنامج المهارات التوكيدية الايجابية مثل ابداء الاعجاب، والتعبير عن الوجدان، وتقديم الموافقة والتقدير، والاعتزاز. كذلك هناك مكون ثالث هو مهارة المحادثة التى تتألف من بدء محادثة وتوجيه الاسئلة، وانهاء المحادثة. وهذه المهارات يتم تقديمها فى مجموعة من المواقف التى تشمل على تفاعل مع الغرباء، واصدقاء، وافراد الاسرة وزملاء العمل أو الدراسة. يستخدم المعالج التدريب الجدلى والتدريب الجزائى (النمذجة، والممارسة الموجهة، ولعب الأدوار) مع الاختبار فى بيئة طبيعية للتأكد من أن هذه المهارات تُستخدم.

وبالاضافة الى محتوى التدريب على المهارات فان ثلاث مكونات أخرى تدخل بشكل صريح فى كل جلسة. الأول هو التدريب على الادراك الاجتماعى حيث يجرى تعليم الادراك الدقيق للأخرين بواسطة المعالج بشكل ثنائى ويمارس ضمن انشطة أداء الأدوار أما ثانى هذه المكونات فهو

ممارسة المهارات السلوكية المتعلمة حديثا حيث يؤكد مقدم البرنامج على ضرورة التكرار لتأكيد التنفيذ والاستمرار. أما المكون الأخير فهو التقويم الذاتى والتدعيم الذاتى لمن يدخل للبرنامج مثل الاشخاص الذين لديهم اكتئاب كنتيجة لتقويم انفسهم فى صورة اكثر سلبية عما يدل عليه الاداء. ويتم تعليم المرضى أن يقوموا أداءهم الشخصى ثم يُزودون بتصويب عندما يعطون لانفسهم درجات منخفضة للغاية. كما انهم يُعلمون ان يدعموا انفسهم بعبارات ايجابية عندما يؤدون أداء جيدا.

وقد أوضحت البحوث التى قام بها هيرسين وبيلاك وهيميلهوك وزيس Hersen, Bellack, Himmelhoch & Thase (١٩٨٤) فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية فى علاج حالات الاكتئاب فقد قارن هؤلاء الباحثون أربع مجموعات:

(أ) التدريب على المهارات الاجتماعية + حبوب وهمية

(ب) التدريب على المهارات الاجتماعية + اميتربتليين

(جـ) اميتربتلين.

(هـ) علاج نفسى + حبوب وهمية.

وقد تبين للباحثين عدم وجود فروق بين المجموعات الأربع وانها جميعا فعالة على مقياس للاكتئاب كما كان هناك ميزة اضافية للافراد الذين تلقوا تدريبا على المهارات الاجتماعية حيث اظهروا تحسنا اكبر على مقياس للتفاعل الاجتماعى.

٣- العلاج المعرفى:

بالطبع فان المجال يضيق عليه ان نسرد جميع الطرق المعرفية التى يمكن استخدامها لعلاج حالات الاكتئاب. والطريقة التى نختارها هنا هى طريقة بيك فى علاج الاكتئاب. والعلاج المعرفى للاكتئاب هو علاج مختصر

نسبيا يركز على علاج الاعراض لدى مرضى الاكتئاب ويقوم على اساس نموذج بيك الذى يفترض ان الاكتئاب ينتج عن اعتقادات أو مخططات عقلية Schemas غير تكيفية. وهذه بدورها تؤدى الى سلسلة من الأفكار التلقائية المرتبطة بها ذات الطبيعة السلبية والتى تشتمل على مجموعة من الأخطاء المنطقية التى تنتظم حول موضوعات معينة مثل التقويم الاجتماعى، والصراع الاسرى، والأداء فى العمل. والاعتقادات غير التكيفية والأفكار السلبية التلقائية. وتبقى كلها على المكونات الثلاثية السلبية التى تتكون من النظرة السالبة للذات وللعالم وللمستقبل. والغرض من العلاج المعرفى هو اعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل اكثر منطقية وواقعية وليعدل الافكار الأساسية.

ويبدأ العلاج المعرفى بعرض النموذج للمرضى الأمر الذى يساعدهم على ان يفهموا العلاقات بين المعرفة والسلوك والعاطفة ويتبنى العلاج المعرفى علاقة تعاونية مع المرضى كما يجرى تعليم المرضى أن ينظروا لانفسهم كعملاء شخصيين منشغلين بالتعرف على وتقديم الأفكار التلقائية والافتراضات.

ويتم الحصول على فهم اكبر للعلاقة بين المواقف والعواطف وجوانب أخرى من خلال المراقبة الذاتية على سجل يومى تدون فيه الافكار العطبة (الخاطئة). وبعد ان يتعلم المرضى مراقبة الذات بشكل مناسب يبدأون فى تقويم افكارهم للبحث عن الأخطاء المنطقية التى قد تشتمل على الاستنتاج الاختيارى، والتجريد الانتقائى، والتعميم الزائد والتضخيم والتهوين والشخصانية، والتفكير فى كل أولا شئ ثم يُعلمون بعد ذلك ان يحلوا افكاراً اكثر معقولية بدلا من الأفكار التلقائية السلبية.

أما المكون الأخير فى العلاج فهو التعرف على وتوضيح انماط الأفكار التلقائية أو موضوعاتها والتى يفترض انها انعكاسات للاعتقادات غير التكيفية او الفرضيات الصامتة. ويمكن أن تشتمل على اعتقادات مثل "أنا لا أصلح لشئ" "يجب على أن اكون مكتملا" أو "ينبغى على ان اكون محبوبا من كل شخص" وبعد التعرف على هذه الفرضيات الصامتة يوجه المرضى نحو اختبار صدق هذه الفرضيات. وعندما يصل المرضى الى هذه المرحلة يواصل المعالجون مساعدتهم على حل المشكلة، واعداد اختبار مناسب لاختبار الفروض، والنهوض بالممارسة للمهارات المتعلمة حديثا. ومن المأمول انه مع نهاية العلاج فان المرضى سوف يستمرون فى اختبار الفروض بانفسهم.

المراجع

الشناوى، محمد محروس، خضـر، علـى السيد: الاكتئـاب وعلاقتـه بالشـعور بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، المؤتمـر الرابـع لعلـم النفس، القاهرة ١٩٨٨.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual for Mental diseases (4th ed) Washington D.C. Author.

Beck, A.T (1964) Thinking and depression: the theory and therapy Archives of General psychiatry, 10, 561-571.

Bellack, A.S., Hersen, M. & Himmelhoch, J.ME (1981) social skills Training for depression: A treatment manual. Journal supplement Abstract service Catalog of selected documents in psychology 10,92.

Compell, R.J. (1981) Psychiatric Dictionary (5th ed) NewYork. Free press.

Craighead, W.E (1980) Away from qunitary model of depression, Behavior Therapy, 11, 122-128.

Craighead, W.E (1990) There is a place for us: All of us, Behavior Therapy, 21, 3-23.

Ferster, C.B (1973) A functional of depression. American Psychologist, 28, 857-870.

Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. & Thase, M.E (1984) Effects of social skill training, armtripty line and Psychiatry in unipolar depressed women. Behavior therapy, 15, 21- 40.

Hoberman, H.M. & Lewinshon, P.M. (1985) The behavioral treatment of depression, in E.E. Beckham & W.R. leber (Eds) Handbook of depression: Treatment, Assessment & Research: Homewood, IL. Dorsey press.

Hollon, S.D. & Beck, A.T (1979) Cognitive therapy of depression. (in) P.C. Kendall. & S. D. Hollon (Eds) cognitive. - Behavioral interventions: Theory, Research and procedures. NewYork: Appleton - Century - crofts.

Kendall, P.C., & Hollon, S.D. (1979) Cognitive - Behavioral interventions, Theory, Research, and procedures. NewYork: Academic press.

Montgomry, S.A., & Asloery, M. (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 134, 382 - 389.

Rehm, L.P. (1977) A self - Control model of depression Behavior Therapy, 8, 787 - 804.

Schildkrut, J.I. (1965) The catecholamine hypothesis of affective disorders, American Journal of Psychiatry. 122, 509-522.

Turner, S.M., Calhoum, K.S. & A dams, H.E. (1992) Handbook of clinical Behavior Therapy ; 2nd ed. NewYork. John wiley sons.

Wolpe, J. (1971) Neurotic depression. Experimental analog, clinical syndrome and treatment. American Journal of psychotherapy. 25, 362-368.

الفصل السادس عشر

تطبيقات العلاج السلوكى
فى مجال المتخلفين عقلياً

يعتبر مجال رعاية المتخلفين عقليا من المجالات التى تستخدم فيها اساليب العلاج السلوكى (تعديل السلوك) بشكل اساسى لاكتساب هؤلاء الأطفال المهارات اللازمة للسلوك التكيفى فى معالجة السلوكيات غير المناسبة.

وفى المعتاد فان اساليب تعديل السلوك القائمة على اساس من نظرية الاشراط الاجرائى (ب. ف. سكينر) هى اكثر الاساليب شيوعا فى مجال رعاية وتأهيل حالات التخلف العقلى وهذا لاينفى استخدام اساليب أخرى تقوم على اساس من نظرية الاشراط الكلاسيكى (لبافلوف) ونظرية التعلم الاجتماعى (باندورا). وسوف نناقش فى هذا الفصل مجموعة من الاساليب المستخدمة فى تعديل سلوك حالات التخلف العقلى..

١- التعزيز الايجابى:

تعتمد برامج التعزيز الايجابى التى تستخدم بهدف تكوين سلوك موغوب لدى الفرد أو تقوية هذا السلوك اذا كان موجودا بدرجة محدودة، على تقديم معززات فى اعقاب الاستجابة المرغوبة مما يؤدى الى تعزيز هذه الاستجابة ومعاودة ظهورها وتختلف هذه البرامج فيما بينها فقط فى نوع المعززات التى تستخدم.

أ - استخدام الأطعمة والحلوى:

استخدمت الأطعمة وما شابهها من عصائر وغيرها فى أحداث تغيير فى سلوك الأشخاص المتخلفين عقليا. وفى المعتاد أن يترتب على تقديم الأطعمة والحلوى اثار طيبة نظراً لكون هذه المواد تعتبر معززات أولية (أى ان أثارها التعزيزية لاتكتسب من خلال التعلم وانما ترتبط بحاجات اساسية موجودة لدى كل البشر، وتستخدم فى هذا المجال الوجبات الكاملة، الفطائر،

الكعك، الحلوى، الشيكولاته، العلك (اللبان)، الأيس كريم، والعصائر وما يشابهها. وعلى سبيل المثال فقد استخدم ويتمان وزملاؤه (١٩٧٠) Whitman et al الحلوى مع التشجيع وذلك لتعزيز تكوين سلوك التفاعل الاجتماعى بين طفلين لديهم تخلف عقلى شديد وكذلك انسحاب حيث كان الطعام يعطى للطفلين مكافأة على لعبهما مع بعضهما (حيث كانا يقومان بدحرجة كرة فيما بينهما أو تلوين الصور مع بعضهما)، وقد ازداد التفاعل الاجتماعى كما امتد الى موقف لم يقدم فيه المعزز (الطعام)

ورغم ان الطعام كمعزز قد ثبت فاعليته الكبيرة فان عددا من جوانب القصور قد قيدت وحدت من استخدامه. ذلك أن فاعلية الطعام تتوقف الى حد بعيد على نوع الطعام المستخدم، ومن المعروف أن لكل شخص تذوقه الخاص وبذلك فانه ربما يعطى طعام ذو مذاق وطعم معين تعزيزا لسلوك بينما لايعطى آخر هذا التعزيز ومن المشكلات فى هذا الاسلوب ماينشأ عن الخطوات المتبعة، فقد لوحظ انه عند العمل مع جماعة وأردنا أن نعزز سلوك فرد ما عند ظهور هذا السلوك فان معنى ذلك تعليق التعزيز للأخرين الى حين ظهور السلوك مما يكون له اثر على المجموعة. وكذلك فانه من الجانب الأخلاقى يكون من الصعب أن نعطى طفلا طعاما ولانعطيه لطفل آخر... وهذه الجوانب تجعل الاعتماد على الطعام كمعزز أمراً صعبا.

ب ـ التغذية الراجعة: Feedback

إن تزويد الفرد الذى قام بالسلوك بمعلومات حول أدائه يعمل غالبا كمعزز بالنسبة للاشخاص المتخلفين عقليا وبصفة خاصة حالات التخلف البسيطة Mild. وبينما تعتبر التغذية الراجعة أمراً ضمنيا فى أى معزز، فانه يمكن أن نستخدمه كاسلوب قائم بذاته فى صورة معلومات عن نتائج أداء

الشخص. ومن الأمثلة فى هذا الجانب ماقام به جينز وشوريز (١٩٦٩) Jens & Shores حيث حاولا زيادة انتاجية العمل لدى الراشدين من المتخلفين عقليا فى مهمة تجميعية (أى تجميع منتج معين ينتج أولا فى شكل أجزاء) يقومون بها يوميا. وقد استخدم الباحثان اسلوب التغذية الراجعة بتقديم معلومات شفهية حول معدلات العمل، غير أن هذه الطريقة لم تحقق نتيجة طيبة. فقام الباحثان باستخدام اسلوب التوضيح بالرسم على لوحات لتوضيح ذلك مما أدى الى تحسين معدلات الأداء بشكل ملحوظ.

ان ما يتميز به اسلوب التغذية الراجعة (أو ترجيع المعلومات) هو أنه اسلوب سهل نسبيا فى تقديمه سواء كان فى صورة لفظية (كلامية) أو فى صورة مكتوبة. غير ان البحوث قد أوضحت أن هذا الاسلوب يقل فى تأثيره عن استخدام المعززات الأخرى بالنسبة لحالات التخلف العقلى مثل استخدام الامتداح واظهار الاستحسان والقبول وكذلك استخدام فيش (بونات) التعزيز Tokens.

جـ - الاستحسان الاجتماعى Social Approval

يشتمل هذا الاسلوب على الامتداح وابداء الاهتمام وكذلك اللمسات الدالة على الرضا مثل الربت على الكتف أو المصافحة كتعبير عن التقدير وتعبيرات الوجه مثل الابتسام والتعبير عن السرور. وهذا الاسلوب له فاعلية عالية الى درجة بالغة. وقد استخدمت هذه الاساليب من التعزيز الاجتماعى بشكل كبير بواسطة من يقومون على تعديل سلوك الاطفال المتخلفين عقليا مثل الوالدين والممرضات والمدرسات والملاحظين المناوبين.

وقد استخدم هوبكنز (١٩٦٨) Hopkins التعزيز الاجتماعى لتكوين سلوك الابتسام لدى الأطفال المتخلفين الذين كانوا يبدون دائما فى حزن

واكتئاب . وكان من بين الاساليب التى استخدمت لهذا الغرض. اى لزيادة الابتسام) هو زيادة الاهتمام الذى يلقاه هؤلاء الاطفال نتيجة سلوكهم. وقد حمل أحد الأطفال لافتة (على ملابسه) تقول: 'اذا ابتسمت تحدث معى واذا بدا على الحزن فتجاهلنى" وكان هذاالطفل مسبوقا بطفل آخر يلفت انتباه الاطفال الى هذه اللافته المكتوبة على ملابس الطفل. وقد أدى استخدام هذا الأسلوب الى زيادة ملحوظة فى سلوك الابتسام. وعندما استبدلت اللافتة بعبارة أخرى تقول: اذا ابتسمت فتجاهلنى كانت النتيجة انخفاض الابتسام مما يدل على الضبط القوى الذى يحققه الاهتمام الاجتماعى على السلوك.

ان الاحداث الاجتماعية التى تعقب الاستجابات لها عدة مميزات كمعززات (إيجابية). فهى من السهل تقديمها على المستوى الجماعى وكذلك على المستوى الفردى. كما أن تقديم الامتداح لاتحدث معه المضاعفات التى تصاحب المعززات الأخرى (مثل الطعام). كذلك فان الامتداح أو القبول الاجتماعى لايستغرق وقتا طويلا ولذلك من الممكن أن نقدمه مباشرة بغير حاجة الى تأجيل ولايؤدى الى توقف السلوك الذى يقوم به الفرد (مثلا يمكن أن نربت على كتف طفل وهو يؤدى مهمة من المهام بينما هو يستمر فى ادائها) كذلك فان التعزيز الاجتماعى لايخضع لظروف الموقف ولا لعامل الحرمأن كما يحدث بالنسبة للأطعمة والحلويات. وكذلك نجد من المزايا الهامة فى الأحداث الاجتماعية التى نقدمها كمعززات مثل الامتداح وتوجيه الاهتمام للفرد انها أحداث تحدث طبيعيا وتتكرر فى مواقف كثيرة فى الحياة اليومية. وبالتالى تنتقل الى خارج غرفة التدريب أو مركز التأهيل اكثر مما يحدث بالنسبة للسلوكيات التى تتكون باستخدام معززات أخرى.. والقيد الوحيد الموجود فى استخدام المعززات الاجتماعية هو أن الامتداح، والموافقة، واستخدام التعبيرات الاجتماعية كتعبيرات الوجه لاتعمل

كمعززات لكل الاشخاص، ذلك أن هذه المعززات تعتبر معززات ثانوية (بمعنى انها تكتسب قيمتها التعزيزية من خلال التعلم عن طريق الاقتران الشرطى مع معززات أولية مثل الطعام) وبالتالى نجد أن بعض الاشخاص لايستجيبون لهذه المعززات الاجتماعية لانهم لم يتعلمونها غير انه من الممكن إكساب الأشخاص الذين نعمل معهم القيمة التعزيزية لهذه المعززات عن طريق مزاوجتها مع معززات أولية مثل الأطعمة.

د ـ استخدام السلوكيات الأكثر احتمالية: High - Probability Behaviors (قاعدة بريماك)

اذا اعطينا للأشخاص الفرصة للانخراط فى مجموعة متنوعة من السلوكيات فان بعض الانشطة سوف تلقى أقبالا اكثر من الانشطة الأخرى وهذه الانشطة يقع اختيار الأفراد عليها بتكرارات كبيرة يمكن أن تستخدم كمعززات لتلك السلوكيات التى كان أختيارها بتكرارات أدنى (بريماك Premack ١٩٦٢) وهذه العلاقة يشار اليها عادة بقاعدة بريماك Premack Principle وهى تفترض أن المميزات التى تحظى بها الانشطة التى تنال اختياراً أكثر تجعلنا نستخدمها كمعززات لتلك الانشطة التى يكون احتمال اختيارها قليلا.

وقد عرض باتمان (١٩٧٥) Bateman مثالا جيدا على استخدام قاعدة بريماك حيث أمكن أن يزيد عمل شابين من المتخلفين عقليا فى موقعين مختلفين وكان هدف التجربة هو زيادة الوقت الذى يمضيه كل منهما فى اعمال لاتلقى تفضيلا كبيراً (ذات تفضيل منخفض لديهما) وكذلك انقاص الوقت الذى يمضيانه اثناء فترات العمل بدون انتاج (مثلا: التحديق فى الفضاءأو الكلام مع الآخرين) وبعد ملاحظة الباحث للأداء فى مهام متنوعة

أمكن استخدام العمل فى المهام التى تلقى تفضيلا عالياً لكل منهما فى تعزيز العمل فى مهام أقل تفضيلا. بمعنى أن يتم تعليق القيام بالمهمة التى يحبها الشخص ويقضى فيها أطول وقت على قيامه بالمهمة الأقل تفضيلا لديه. وقد أدى ذلك الى زيادة أداء كل منهما بالنسبة للمهمة التى كانت تحظى بأدنى تفضيل لديه وأدى ذلك الى خفض الوقت الذى يضيع اثناء العمل. ان استخدام السلوكيات الاكثر احتمالية فى اختيارها كمعزز للسلوكيات الأقل احتمالية فى اختيارها تعتبر طريقة مفيدة لانها متاحه فى معظم المواقف.

وعلى سبيل المثال فانه فى مؤسسات الأقامة الداخلية فان الاشتراك فى برامج الترويح، مغادرة الجناح الذى يقيم فيه، الجلوس مع الاصدقاء فى أوقات الطعام يمكن أن نقرنه مع أداء السلوك الذى نود أن نزيده. غير انه ثمة تصور فى هذه الطريقة متباينا عندما لاتتوفر الانشطة بشكل مباشر بحيث يمكنها أن تعقب الاداء المطلوب، فمثلا أمكانية التحدث الى صديق حميم قد لايتوفر لنا فى داخل ورشة عمل نريد أن نزيد سلوك الفرد فى أداء مهمة بها عند قيامه بالأداء المطلوب. وكذلك اذا كان الطفل يحب بعض الرياضات (الانشطة الرياضية) فان هذا لايتوفر بشكل مباشرة عند إنجازه مهمة فى حجرة الدراسة.

ومن الواجب أن يقدم المدرب الذى يعمل على تعديل السلوك أو المعالج بتكوين مجموعة من الانشطة الاكثراحتمالا أن يختارها الأفراد حتى لايقيد نفسه بنشاط أو أثنين قد لاتلقى قبولا من بعض أفراد المجموعة التى يعمل معها. كذلك يجب مراعاة الجوانب الانسانية والأخلاقية فى اختيارنا للانشطة التى نستخدمها كمعززات ونعلق توفرها للفرد على قيامه بسلوك معين فلا نعلق مثلا اعطاء الفرد فرصة للراحة أو للمشى فى حديقة المعهد

أو الاشتراك فى الانشطة الاجتماعية على القيام بهذه السلوكيات التى نـود أن نغرسها فيه. ويمكن التغلب على هـذا الجـانب بتوليد انشطة كثيرة مرغوبة بعيدا عن تلك الانشطة التى لايكون من المناسب أن نعلقها كمعززات للسلوك

هـ - بونات أو فيش التعزيز Tokens

تعتبر البونـات معززات ذات طـابع خـاص فهى تشتمل على تجميع لنقاط أو عملات معدنية أو قطع بلاستيكية ملونة أو بطاقات أوما شابه ذلك بحيث يمكن لمن يجمع عددا معينا منها أن يستبدل بها معززات أخرى (مثل الطعام أو الهدايا أو فرصة الاشتراك فى نشاط أو رحلة الخ) ونظـام التعزيز الذى يقوم على اعطاء بونات يشار اليه عـادة باسم اقتصاد البونـات Token economy وقد شاع استخدام هـذا الاسلوب بشكل واسع فى برامج العلاج والتأهيل والتعليم. ويتلخص هذا الاسلوب فى أن الشخص الذى نعدل سلوكه، عندما يأتى بالسلوك المرغوب نعطيه بوناً (فيش)، عندما يتجمع لديه عدد من هذه الفيش فإنه يمكن أن يستبدلها باشياء مثل الأطعمة، والشيكولاتة، الهدايا، تذاكر الاشتراك فى حفلات أو فى أنشطة. أى أنه يستبدله بمعـززات أخرى. وهى بذلك تعمل عمل النقود.

وقد تم باستخدام هذا الأسلوب تعديل سلوك أحد الشبان المتخلفين عقليا فـى اطـار برنـامج للتـأهيل حيث كـان هـذا الشـاب يقوم ببعض التصرفـات العدوانية والقاء الأوراق والمهملات داخل المبانى. وكان كلمـا جـاء بالسلوك المرغوب تكوينه فيه وهو القاء الأوراق فى سلة المهملات يتلقى شـيكا صغيراً عبارة عن بطاقة ملونة وعندما يجمع خمس بطاقات منها يذهب الى المقصف ليختار شيئا واحدا مما يعرضه المقصف. وقد نجح هذا الأسلوب فى تعديل سلوك هذا الشاب.

وقد استخدم اسلوب الاقتصاد الرمزى (الفيش) فى برامج رعاية المتخلفين عقليا لتكوين السلوكيات المرغوبة مثل ترتيب السرير الذى ينام عليه الفرد، ارتداء الملابس المناسبة للأنشطة المختلفة، الاستحمام بشكل منتظم، تصفيف الشعر، النظافة، حضور برامج معالجة الكلام، أو التدريب المهنى فى المواعيد المحددة لها. والاشتراك فى الالعاب الجماعية وغيرها من الانشطة المرغوبة. وعادة فان البونات التى يتلقاها الفرد تكون قابلة للاستبدال بأطعمة، ومشروبات خفيفة مثل العصائر والمياه الغازية وبعض الملابس مثلا الفانلات المطبوعة أو الجوارب، الروائح العطرية، بعض الألعاب أو استئجار بعض الأجهزة مثل أجهزة التسجيل أو الألات الموسيقية. وقد أوضحت الدراسات التقويمية التىأجريت عن أثر هذه البرامج فى أحداث التعديل المرغوب فى سلوكيات الأطفال المتخلفين عقليا المقيمين فى معاهد (مؤسسات) داخلية، أن هذا الاسلوب ذو نتيجة فعالة فى تعديل السلوك؛وبصفة خاصة فى مجال الرعاية الذاتية (مثل النظافة الشخصية) والسلوكيات اللفظية والاجتماعية.

وتحظى فيش التعزيز بمجموعة من المميزات تجعل منها اسلوبا جديراً يالاستخدام فى برامج تعديل السلوك. ومن هذه المميزات انها اكثر فاعلية فى تغيير السلوك عن أحداث أخرى مثل الامتداح والقبول الاجتماعى والارتجاع للمعلومات. كذلك فان هذه الفيش يمكن استبدالها عادة بكثير من المعززات الأخرى وهى بذلك لاتخضع للحرمان ولاللتشبع الذى يقلل من قيمة الاطعمة والحلوى وماشابهها كمعززات، كما أنها تتنوع تنوعا كبيرا فى صورتها من اطعمة الى ملابس الى هدايا الخ... مما توفر معها الفرصة لكل فرد أن يجد ما يحبه كذلك فان استخدام الفيش يخلصنا من مشكلة توقيف النشاط لاعطاء المعزز. كذلك فانه فى البرامج الجماعية فان هذ الاسلوب

الموحد فى شكلة (الفيشات) يتيح تنوعا كبيرا عند استبداله بمعززات طبقا لما يختاره الفرد نفسه ونرى أن هذا ينمى فى الفرد سلوكا آخر هو سلوك الاستقلالية فى الاختيار وهو امر نسعى لتكوينه لدى الشخص المتخلف عقليا.

أما العيوب التى يشتمل عليها نظام البونات فهى انها قد تشتمل على معززات قد لاتوجد فى البيئة الطبيعية للفرد ولذلك فمن الأفضل عندما يبدأ السلوك فى التكوين أن تستبدل بمعززات أخرى. ومن عيوب هذا النظام أن الأطفال يأتون ببعض التصرفات الخاطئة مثل سرقة البونات من بعضهم، أو احيانا الحصول عليها بالقوة باستخدام اسلوب العدوان، كذلك يحتاج هذا النظام الى متابعة حسابية من حيث تسجيل البونات المنصرفة وما توازيه من قيمة ومايقابل ذلك من اشياء منصرفة من المقصف مثلا مقابل هذه البونات وهذه الصعوبات تجعل من اسلوب اقتصاد البونات أصعب فى التنفيذ من الاساليب الأخرى. غير أن المميزات التى ذكرناها عن هذا الاسلوب تجعل منه اسلوبا مناسبا فى تعديل السلوك وتجعل العيوب المرتبطة به ضئيلة بجانب فائدته.

٢ - التعزيز السلبى Negative Reinforcement

التعزيز السلبى يشتمل على استبعاد حادث منفر بعد استجابة ما يترتب عليه زيادة احتمالية وقوع هذه الاستجابة وهذا الاسلوب من اساليب تعديل السلوك لايستخدم بشكل كبير فى برامج تعديل سلوك الأفراد المتخلفين عقليا. فعندما نريد زيادة سلوك مرغوب لدى الاشخاص المتخلفين عقليا فانه من المناسب ان نستخدم اسلوب التعزيز الايجابى والذى ثبت أن له فاعلية تفوق فاعلية التعزيز السلبى وقد حاول المعالجون والمدربون الذين يقومون بالتدريب على تعديل السلوك فى برامج المتخلفين عقليا تجنب اسلوب التعزيز

السلبى لانه يحتاج الى وجود أو ايجاد حادث منفر نسعى إلى استبعاده بعد حدوث السلوك المرغوب، والاعتماد على ادخال هذه الأحداث المنفرة الى واقع الاشخاص المتخلفين عقليا الذين نحاول تعديل سلوكهم قد يوقعنا فى مشكلات اخلاقية Ethical نكون فى غنى عنها باستخدام اساليب أخرى منها التعزيز الايجابى. كذلك فان تقديم الأحداث المنفرة (غير المرغوبة) قد يؤدى الى ردود فعل انفعالية سيئة بل الهرب من الموقف أو تجنبه. (كازدين Kazdin ١٩٧٥)

على أنه بالرغم من وجود هذه المشكلات التى ذكرها كازدين عن استخدام اسلوب التعزيز السلبى فقد ظهرت بعض الدراسات التى استخدم فيها الباحثون هذا الاسلوب وعلى سبيل المثال فقد قام والى وتوف Wheley & Tough 1970 باستخدام صدمة كهربائية (خفيفة) فى برنامج يعتمد على التعزيز السلبى لزيادة استخدام طفل متخلف للألعاب (بمعنى أن تتوقف الصدمات عندما يلعب بالألعاب) وقد كان اللعب بالالعاب ضروريا حيث كان يشجع الطفل على الانشغال فى نشاط بيديه بدلا من ضرب رأسه بشدة طول الوقت. وقد قدمت لعبة للطفل عبارة عن سيارة نقل كما استخدمت الصدمة وصوت أزير بحيث يتوقفان عندما يلمس الطفل هذه السيارة بيديه وقد أصبح الطفل يتجنب الصدمة والصوت المزعج له بان يمسك اللعبة بيديه. وقد استبدل باللعبة لعبة أخرى وتم الاستغناء عن الصدمة بينما بقى صوت الأزير ليعمل كحادث منفر (يلاحظ أن الصوت قد أكتسب تأثيره المنفر من اقترانه مع الصدمة لفترة ويفسر ذلك من خلال الاشراط الكلاسيكى). وفى نهاية التجربة أصبح الطفل يستخدم لعباً كثيرة وتوقف عن ضرب رأسه.

على انه مما ينبغى ذكره فى هذا المقام انه ليس من الضرورى ان تعتمد البرامج التى تستخدم اسلوب التعزيز السلبى على أحداث منفرة من

شأنها أن تحدث آلام أو مضايقات بدنيـة. فعلـى سـبيل المثـال امكـن اسـتخدام التشويش على العرض التليفزيون كحادث مضايق وذلك لضبط العمـل الـذى يقوم أحد الأفراد المتخلفين ممن لديهم حالة تخلف بسـيط، فعندمـا كـان معـدل عمله ينزل عن مستوى معين يجرى نوع من التشـويش علـى الصـورة التـى تظهر فى التليفزيون الذى يشاهده ولكى يُزال هذا التشويش كان عليه أن يزيد سرعته الى المستوى المطلـوب وقـد نتـج عـن اسـتخدام هـذا الاسـلوب زيـادة معدلات العمـل الاسـبوعية. واسـتخدام الحـادث المنفـر (مثـلا التشـويش علـى صورة التليفزيون) بعـد حـدوث السـلوك يمثـل نظامـا للعقـاب. ومـن ثـم فـان مطالبـة الفـرد ان يقـوم باسـتجابة معينـة لاستبـعاد الحـادث المنفـر يعتـبر تعزيزا سلبيا.

٣ ـ العقاب Punishment

سبق القول بان العقـاب يشـتمل علـى تقويـم أو اسـتبعاد حـادث مـا فـى أعقـاب اسـتجابة ممـا يـترتب عليـه نقصـان احتمـال حـدوث هـذه الاسـتجابة. وهناك نوعان مـن العقـاب الأول يشـتمل علـى تقديـم أحـداث منفـرة ويعـرف بالعقـاب الايجـابى والثـانى يشـتمل علـى اسـتبعاد أحـداث مرغوبـة ويعـرف بالعقـاب السلبى. وفيما يلى بعض الاساليب الخاصة بالعقاب:

أ- استخدام الأحداث المنفرة (غير المرغوبة) Presentation Avarsire events

عندما ياتى الفرد باستجابة معينة فانه يمكن أن نقدم حادثا أو شيئا غـير مرغـوب فى اعقاب هذه الاستجابة (الخاطئة عـادة) مثـل التوبيـخ أو التـأنيب. وهذا الاسلوب والذى يعرف عادة باسم العقاب الايجابى يستخدم بصـورة أقـل من اسلوب استبعاد الأحـداث المرغوبـة والـذى يعـرف باسـم العقـاب السـلبى حيث أن الأسلوب الأخير اكثر قبولا من الناحية الأخلاقية وأولـى أن نبـدأ بـه من حيث التدرج.

ومن الاساليب التـى اسـتخدمت فـى العقـاب الايجـابى اسـلوب الصدمـة الكهربية حيث تظهر اثارها بسرعة وبشكل كبير وهى عادة تستخدم فى كبـح السلوكيات الخطـيرة. وعلـى سبيل المثـال فقـد اسـتخدم لوفـاس وسـيمونز (١٩٦٩) Lovaas & Simmons هذا الاسلوب فى القضاء علـى سلوك ايـذاء الذات لـدى الاطفـال المتخلفين عقليا والاطفـال الذيـن لديهـم حالـة الذاتيـة Autistic. وقد حاول الباحثان فى البداية استخدام اسلوب الانطفـاء وذلـك مـن خلال عدم توجيه الانتبـاه، حيـث كـان يـترك للأطفـال فرصـة الانخـراط فـى سلوك ايذاء الذات (مثلا خربشـة الجبهـة، ضـرب الـرأس فـى الحـائط، قضـم الاصابع... الخ) بدون توجيه الالتفات نحوهم غير أن هـذه الطريقـة لـم ينتـج عنهـا انخفـاض كبـير فـى هـذا السـلوك الضـار وانمـا حـدث نقـص تدريجـى. وعندما استخدم الباحثان اسلوب الصدمة فان سلوك ايـذاء الـذات قـد انخفـض على الفور وقد استمر العلاج بهذا الاسلوب لعدد قليل من الجلسات واسـتخدم فيه عدد قليل من الصدمات ثم توقف بعد ذلك.

ويعتبر استخدام الصدمة كاسلوب عقابى بغرض تقليل سلوك مـا ، مـن الأمور التى تلقى جدلاً كبيراً حيث يتضمن نوعا من القسوة البالغة عن غـيره من اسـاليب العقـاب الايجـابى. وعـادة فـان اسـلوب التـأنيب يعتـبر مـن اكـثر اساليب العقاب الايجابى شيوعا مع اساليب اخرى مثل التهديـدات (التوعـد)، التحذيرات، عدم الموافقة، والرفض للسلوك. غير أن هذه الاساليب لـم تظهـر نتائج متسقة فى تأثيرها على السلوك فى الدراسـات التـى اسـتخدمت فيهـا الا فى الحالات التى صاحبها أحداث منفرة أخرى.

ب- استبعاد الأحداث الايجابية (المرغوبة) Removal of Positive events

يشتمل العقاب على اسلوب آخر تستبعد فيه بعض الاشياء أو الاحـداث المرغوبة (أى التى يحبها الفرد) فى اعقاب سلوك غير مرغوب، الأمر الـذى

يترتب عليه نقصان هذا السلوك غير المرغوب. ومن الاساليب المستخدمة فى هذا الصدد (التى تعرف باساليب العقاب السلبى) أسلوب الحرمان لبعض الوقت من التعزيز Time out، أسلوب ثمن الخطأ أو ثمن الاستجابة Response cost وفى اسلوب الحرمان لبعض الوقت من التعزيز فانه يتم استبعاد جميع المعززات لفترة من الوقت وذلك فى اعقاب السلوك غير المرغوب. وفى المعتاد أن يطلب من الفرد (المخطئ) أن يغادر الغرفة دقائق أو أن يجلس بعيدا عن النشاط الذى كان يشترك فيه. وقد اقترح بعض الباحثين وجود غرفة خاصة لاستخدام هذا الاسلوب لتسمح بمراقبة الفرد (المستبعد لبعض الوقت) حتى نضمن عدم اساءة استخدمه هذا الوقت. أما اسلوب ثمن أو تكلفة الخطأ (الاستجابة الخاطئة) فانه يشتمل على فقدان ميزات كان الفرد يستفيد بها أو بونات كان قد تسلمها أو دفع غرامة.

ويعتبر اسلوب الحرمان من التعزيز فعالا حتى عند استخدامه لفترات قصيرة وعلى سبيل المثال فقد استخدم مجموعة من الباحثين هذا الاسلوب لتقليل السلوك غير المرغوب الذى يقوم به الاطفال شديدو التخلف اثناء تناولهم لوجبات الطعام مثل سرقة الطعام من بعضهم أو القاء الطعام على الأرض. وقد استخدم الباحثون اسلوبين للاستبعاد أو الحرمان أحدهما بأن يحرم الطفل من تناول الطعام مع مجموعة ويدخل الى غرفة خاصة يتناول فيها الطعام (عزل) والثانى يشتمل على استبعاد السرفيس (الصينية) التى يتناول طعامه عليها من أمامه لبضع دقائق ثم يعاد الطعام اليه بعد ذلك (حوالى ربع ساعة)، وقد ادى استخدام هذين الأسلوبين الى قمع السلوك غير المرغوب اثناء تناول الطعام. (بارتون، جيز، جراسيا، باير ١٩٧٠ Barton, Guess, Gracia & Baer).

أما أسلوب ثمن الاستجابة فقد استخدم فى صور متنوعة مع الاطفال المتخلفين. ويشتمل هذا الاسلوب عادة على سحب البونات نتيجة للسلوك

الذى قام به الفرد. وعلى سبيل المثال فقد قام كازدين بمعالجة أحد الشبان ممن لديهم تخلف عقلى والذى كان يأتى بخليط من الكلام غير المنطقى (نسبة الذكاء اللفظى لهذا الشخص كانت ٤٢) حيث كان هذا الشاب عندما يتكلم بهذا الكلام المخالف بفقد بونات كان قد اكتسبها اذا أجاد. وقد نتج عن ذلك خفض كبير فى الكلام غير المنطقى.

جـ - التصحيح الزائد والممارسة الايجابية

Over correction and positive practice:

يعتبر التصحيح الزائد والممارسة الايجابية صورة أخرى من صور العقاب ويشتمل التصحيح الزائد Over Correction (الذى يمكن النظر اليه على انه صورة من صور ثمن الاستجابة) على وجود جزاء على الاشتراك فى سلوك غير مرغوب. وهذا الجزاء يشتمل على القيام ببعض العمل فى الموقف الذى يشترك فيه الفرد ويشتمل التصحيح الزائد على جانبين: تصحيح الجوانب البيئية التى نتجت عن السلوك غير المناسب واعادة مكثفة للصور الصحيحة من السلوك. وعلى سبيل المثال فقد استخدم فوكس وأزرين ١٩٧٢ Foxx & Azrin هذا الاسلوب فى علاج أمرأة لديها تخلف عقلى وعمرها خمسون سنة حيث تقوم بسلوكيات تتسم بالعدوان ومن بينها قلب الأسرّة ورمى الاغراض والأدوات. وقد اشتمل العلاج بالتصحيح الزائد فى اعقاب أى سلوك سيئ تقوم به (مثلا قلب السرير) على دفعها الى تصحيح الاثار التى نتجت عن ذلك (مثل ارجاع السرير الى وضعه، وترتيب المراتب والوسائد، واعادة فرشه) وكذلك يطلب منها أن تقوم بهذا العمل بشكل متكرر داخل العنبر (مثلا يطلب منها تسوية باقى الأسرة فى العنبر)، وقد استغرق هذا النوع من العلاج قرابه الثلاثة أشهر حيث انتهى السلوك غير المناسب الذى كانت تقوم به هذه المرأة.

وفى تطبيق لهذا الأسلوب العلاجى قام أزرين وفيسولفيسكى (١٩٧٤) Azrin & Wislowski بقمع سلوك السرقة لدى حالات شديدة التخلف من المقيمين باحد المعاهد حيث يشيع أن يسرق الأفراد بعض المتعلقات من بعضهم واتبع الباحثان اسلوبا بمقتضاه يعيد السارق ماأخذه من أشياء تخص شخص آخر الى صاحبها (أى تصحيح السلوك) ولكن هذا الاسلوب لم يؤت نتيجة كافية فقام الباحثان باستخدام زيادة التصحيح حيث يلزم فيه المعتدى (السارق) برد ما أخذه الى صاحبه وكذلك تغريمه شيئا مماثلا لما أخذه لنفس الشخص وقد أدى هذا الاسلوب الى اختفاء هذا السلوك الخاطئ فى خلال ثلاثة أيام.

غير أنه من الملاحظ انه بالنسبة لكثير من الاستجابات لايكون هناك أثار بيئية ملحوظة تحتاج الى تصحيح بعد حدوث الاستجابة وفى هذه الحالة فان التصحيح الزائد يستدعى الممارسة المكثفة للاستجابة الصحيحة. ويشار الى الاسلوب الذى يجرى فيه ممارسة السلوك الصحيح أو الاستجابة الصحيحة بشكل متكرر بالممارسة الايجابية Positive Practice ومن الامثلة التطبيقية فى هذا المجال ماقام به أزرين وفيسولفسيكى (١٩٧٥) لاستبعاد سلوك الرقاد على الأرض الذى كان يقوم به إحدى عشر طفلاً شديدى التخلف فى أحد المؤسسات. حيث اتضح أن مجرد الطلب منهم أن يقفوا بدلا من الرقاد لايكفى لتغيير السلوك فقام الباحثان باتباع اسلوب الممارسة الايجابية حيث كان يطلب من الفرد أن يمشى الى كرسى ويجلس عليه لمدة دقيقة واحدة ثم يطلب منه أن يذهب الى كرسى آخر يجلس عليه لمدة دقيقة أيضا وهكذا حتى ينتقل الفرد الى عشرة كراسى يجلس على كل منها لمدة دقيقة واحدة. وبعد ثمانية أيام كان الأفراد الأحد عشر قد تخلصوا من سلوك الرقاد على البلاط. ودلت متابعة هؤلاء الأفراد بعد ستة أشهر على احتفاظهم

بالسلوك الصحيح. ويتميز اسلوبا التصحيح الزائد والممارسة الايجابية رغم حداثتها النسبيه بين اساليب العلاج السلوكى بسرعة ظهور الاثار ودوامها. وقد استخدم هذان الاسلوبان فى تعديل بعض السلوكيات مثل سلوكيات قضاء الحاجة (الذهاب الى دورة المياة) والسلوك المناسب فى تناول الطعام، وسلوك ايذاء الذات، واستجابة التقيؤ.

وقبل أن نختم الحديث عن العقاب باعتباره اسلوبا علاجيا لتقليل الاستجابات غير المناسبة والضارة نقول ان العقاب البدنى المباشر مثل الضرب واستخدام الصدمات لاينصح به الا فى حالات قليلة عندما يكون من المطلوب القضاء بشكل سريع على الاستجابات التى تكون مهددة لحياة الفرد (مثل اللعب فى الكهرباء، ضرب الرأس فى الحائط... الخ) بينما تفيد اساليب العقاب الأخرى مثل فرض غرامات معينة (التغريم)، زيادة التصحيح بشكل كبير وهى شائعة الاستخدام وبنجاح كبير.

٤ ـ الأنطفاء Extinction

سبق أن قلنا أن الانطفاء يقصد به عدم تقديم التعزيز عقب حدوث استجابة (كانت تعزز من قبل) مما ينتج عنه نقص هذه الاستجابة. ويشتمل اسلوب الانطفاء عادة على وقف الانتباه أو توجيه الاهتمام عند حدوث الاستجابات غير المناسبة والتى تم تعزيزها بشكل غير مناسب فى البيئة الطبيعية. وقد قام وولف وزملاؤه (١٩٧٠) Wolf et al بتجربة لعلاج طفلة متخلفة عمرها ٩ سنوات كانت تنتابها حالات من القئ اثناء حضورها دروس التربية الخاصة وكان يسمح عادة لهذه الفتاة بالذهاب إلى عنبر النوم بعد حدوث القئ وبذلك لاتحضر الحصص حتى اليوم التالى. وقد قارن الباحثون بين اسلوبين يسمح فى أحدهما للطفلة بالذهاب إلى عنبر النوم بعد القئ بينما فى الثانى لايسمح لها بمغادرة حجرة الدراسة. وقد تبين لهما أن ذهاب الطفلة

إلى عنبر النوم بعد القئ عمل كمعزز لسلوك القئ وعندما منعت الفتاة من الذهاب لعنبر النوم (المعزز) توقفت حالة القئ بعد فترة قصيرة.

وتبين الدراسات أن اسلوب الانطفاء اسلوب فعال فى تقليل السلوك (غير المرغوب) وبصفة خاصة عندما يصحبه عملية تعزيز للسلوك المناقض له (السلوك المرغوب). ولانه يكون من المطلوب التخلص من الاستجابات غير المناسبة فى وقت قصير (مثلا فى حالة سلوك ايذاء الذات) فان العملية التدريجية للانطفاء والعدد الكبير من الاستجابات التى تحدث قبل أن تزول الاستجابة غير المرغوبة فان الانطفاء يعد غير مرغوب فيه كأسلوب منفر. كذلك فان الانطفاء فى حد ذاته لايساعد على اظهار سلوكيات جديدة تكون مرغوبة وهو امر نحتاجه فى برنامج العمل مع المتخلفين عقليا مما يجعل اسلوب التعزيز هو الاسلوب الشائع فى هذه الحالات.

٥ - أساليب أخرى:

الاساليب التى عرضناها اساليب ترتبط بنظرية الاشراط الاجرائى Operant conditioning تعتبر أكثر الاساليب شيوعا فى تعديل السلوك لدى حالات التخلف العقلى. وهناك اساليب أخرى يمكن استخدامها مع حالات التخلف العقلى ألا أن استخدامها حتى الآن لم يتعد حدود التجارب والمختبرات غير أن هناك اسلوبين يستخدمان بنجاح وعلى نطاق واسع فى الوقت الحاضر وهما اسلوب النمذجة Modeling (استخدام النماذج السلوكية) واسلوب التكرار أو المراجعة Rehearsal وسوف نتناولهما بالشرح فيما يلى.

أ - أسلوب النمذجة Modeling

سبق أن تحدثنا عن الأسس التى حددها البرت باندورا فى تفسيره للتعلم بالملاحظة (انظر الفصل التاسع) وتعتبر النمذجة التطبيق الرئيسى

لنظرية التعلم الاجتماعى التى وصفها باندورا (١٩٧٧) Bandura والتى تعتمد على تنمية السلوك عن طريق ملاحظة اشخاص آخرين (نماذج) يؤدون هذا السلوك. ويمكن اكتساب السلوك من مجرد ملاحظه الاخرين حتى لو لم يشترك القائم بالملاحظة فى هذا السلوك أو يتلقى نتائج مباشرة عن الأداء. وفى التطبيق العملى يمكن أن تتم النمذجة باستخدام النمذجة الحية (المباشرة) أو من خلال النمذجة الضمنية (مثلا باستخدام أفلام)

ومن التطبيقات التى استخدم فيها اسلوب النمذجة ماقام به كليبهان Kliebhan (١٩٦٧) حيث استخدام النمذجة الحية لزيادة أداء حالات من المتخلفين القابلين للتعلم Educable Retarded من المراهقين الذين يعملون فى ورشة محمية. وقد كان النموذج طالبا جامعيا اشترك فى العمل مع المراهقين حيث كان يقوم بالمهام على الوجهه الصحيح. وقد امكن زيادة معدلات أداء هؤلاء الافراد فى خلال خمسة أسابيع بملاحظتهم لهذا النموذج بالمقارنة مع مجموعة أخرى لم تتعرض لمشاهدة النموذج.

ويستخدم أسلوب النمذجة عادة فى التدريب على الاستجابات الاجتماعية مثل التحية والكلام وارتداء الملابس وترتيب غرف النوم وكذلك فى تعلم وتصحيح الكلام.

ب - الإعادة وتمثيل الأدوار Rehearsal & Role Playing

يشير هذان الاسلوبان فى تعديل السلوك إلى ممارسة السلوك الظاهر تحت ظروف اصطناعية أو طبيعية ويختلف اسلوب الممارسة النشطة للسلوك الظاهر عن أسلوب النمذجة فى أنه لايعتمد التعلم فيه على الملاحظة وحدها ويطلق عليه احيانا اسلوب النمذجة بالمشاركة. ويمكن استخدام الأسلوبين معا عن طريق نمذجة السلوكيات الصحيحة واعطاء الفرصة للافراد لتكرار الاستجابة المناسبة تحت ظروف مُقلَّدة (اصطناعية) ومتنوعة.

ومن التجارب الشيقة فى مجال أداء (لعب أو تمثيل) الأدوار تلك التى قام بها سترين (١٩٧٥) Strain الذى تمكن من زيادة سلوك اللعب الاجتماعى لدى الاطفال شديدى التخلف فى مرحلة الروضة وقد اشتمل تمثيل الأدوار على قيام الأطفال بتمثيل أدوار الشخصيات الموجودة فى بعض القصص حيث كان يقوم المدرس بقراءة القصة (مثلا قصة العنزة وأبناءها مع الذئب) واثناء قراءته يقوم طفل بتمثيل الدور الذى يحدده المدرس ويشتمل ذلك على اصدار اصوات والقيام بالحركات المناسبة وبعد الانتهاء من القصة كان المدرس يعطى للطفل الفرصة للاشتراك فى لعب جماعى. وقد أوضحت الملاحظات أن تمثيل الادوار اثناء قراءة القصة أدى الى زيادة أنشطة اللعب الاجتماعى بين كل الاطفال المشتركين وعددهم ثمانية اطفال وثبت فعالية أسلوب تمثيل الأدوار تجريبيا. وقد استخدم أسلوبا الاعادة وتمثيل الأدوار بشكل مكثف مع اساليب الاشراط الاجرائى. وعلى سبيل المثال ما ذكرنا سابقاً من أن استخدام اسلوبى زيادة التصحيح (التصحيح الزائد) والممارسة السالبة تشتمل على سلوكيات الاعادة التى لاتتوافق مع الاستجابة التى نود قمعها. وفى هذه الأساليب فان الاعادة تكون جزءا من مجموعة تدريبية اكبر تشتمل على التلقين، التعزيز، النمذجة وغيرها من الأساليب. والميزة ألتى يشتمل عليها استخدام اسلوب الاعادة هو انه يزيد فرص تعزيز السلوك المناسب وكذلك يسمح للقائم على التدريب أن يضبط كثيرا من الظروف التى تحيط بأداء الاستجابة وتسهيل عملية التعلم.

مجالات تعديل السلوك لدى المتخلفين عقليا:

تستخدم اساليب تعديل السلوك بشكل واسع فى مجال رعاية وتعليم وتأهيل حالات التخلف العقلى حيث تعتبر اكثر ملاءمة لهم عن غيرها من أساليب العلاج أو التدريب الى تستلزم الاستبصار أو استخدام القدرات العقلية

المعرفية وتتنوع اساليب تعديل السلوك المستخدمة كما رأينا فى عرض الاساليب وكذلك تتنوع بتنوع المجالات المتصلة بحياة الاشخاص المتخلفين عقليا والتى يمكن أن تستخدم فيها اساليب تعديل السلوك. وسوف نتناول باختصار هذه المجالات واستخدامات تعديل السلوك فيها.

١- مجال الرعاية الشخصية:

تشتمل سلوكيات الرعاية الشخصية (الذاتية) المهارات التى تساعد الأفراد على الأداء الاستقلالى (أى معتمدين على أنفسهم) فى انشطة مثل قضاء الحاجة، تناول الطعام، ارتداء الملابس، النظافة الشخصية، الاهتمام بالصحة. ويعتمد التدريب على هذه الانشطة على استخدام اسلوب التعزيز وكذلك اعادة السلوك بشكل متكرر واستخدام النماذج السلوكية. وفى السلوكيات التى تبدو مركبة أوصعبة يمكن الاعتماد على اسلوبى التشكيل (الترتيب المتتابع) وكذلك اسلوب التسلسل وبصفة خاصة فى مجال النظافة الشخصية، وارتداء الملابس. من الأمور الهامة فى استخدام هذه الاساليب القدرة على تقسيم السلوك الى واجبات (مهام). (أنظر الفصل الثالث)

٢- مجال التنبيه الذاتى وايذاء الذات:

من الشائع أن نجد الاشخاص المتخلفين عقليا وبصفة خاصة المقيمين فى مؤسسات داخلية، وقد انخرطوا فى سلوكيات ليس لها جدوى وتؤدى الى استثارة ذاتية ومن اكثر هذه السلوكيات شيوعا سلوك ايذاء الذات مثل ضرب الرأس فى الحائط والعض والخدش (مثلا الطفل الذى يخدش وجهه باستمرار). ولان هذه السلوكيات مؤذية فانها تصبح غير مرغوبة بالنسبة لمن يعملون فى المؤسسة ويسعون الى التخلص منها ومن هنا فان اهم الاساليب التى تستخدم هى اساليب العقاب بنوعيها السلبى والايجابى واسلوب

الانطفاء (وقف التعزيز)، وكذلك شغل الطفل بانشطة اكثر فائدة. وقد استخدمت ايضا اساليب متنوعة مثل الابعاد عن المدرب أو المدرس الذى يعمل مع الطفل لفترة، أو العزل بعيدا عن الآخرين لفترة قصيرة ايضا، أو تقييد الحركة البدنية (مثلا ربط اليدين، وقص الاظافر بصفة دائمة الخ)، وكذلك استخدام اسلوب التصحيح الزائد والممارسة الايجابية لكبح سلوك الاستثارة الذاتية ويمكن استخدام اسلوب التعزيز فى علاج بعض الحالات عن طريق تعزيز السلوك المضاد للسلوك الذى نود أن نوقفه أو نقلله أو بتعزيز عدم اتيان السلوك الخاص بالتنبيه الذاتى بمعنى أن نكافئ الطفل عندما يتوقف عن هذا السلوك الضار.

٣- مجال المشكلات التى تظهر فى حجرة الدراسة أو فى السلوك الخلقى بصفة عامة:

هناك العديد من المشكلات التى تتولد عن سلوكيات ياتى بها الاطفال المتخلفين عقليا فى حضورهم فصول التربية الخاصة مثل التحدث مع الآخرين، وعدم الانتباه، وغيرها من السلوكيات التى تشتت انتباه الطفل عن الدروس، وهذه سلوكيات لاتشكل خطورة على الطفل أو على غيره من الاطفال، وقد استخدم الباحثون اساليب مثل بونات التدعيم التى تعطى للطفل عندما يقلل من تشتيت انتباهه وهناك أيضا مشكلات تتمثل فى زيادة النشاط والعدوان على الآخرين وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى (مثل أكل القمامة) وقد استخدمت اساليب متنوعة فى تعديل هذه السلوكيات. فالسلوك العدوانى يمكن معه استخدام اساليب العقاب بانواعها وكذلك الاضطرابات السلوكية يمكن أن يفيد فيها أساليب مثل زيادة التصحيح. فمثلا سلوك أكل أشياء من القمامة استخدم فيه دفع الطالب الى استخراج ما أكله من فمه ثم

غسيل الفم والاسنان بالفرشاه لعدد كبير من المرات (فوكس ومارتن ١٩٧٥ Foxx & Martin).

٤- مجال التحصيل الدراسى:

تعتمد برامج التعليم فى مجال التخلف العقلى على مساعدة الاطفال على زيادة انتباههم وتقليل التشتت وكذلك تخزين المادة التعليمية وتكرارها حتى يتم تعلمها. ومن المعتاد أن يستخدم المدرس اسلوب التعزيز الايجابى بشكل واسع فى عملية التعليم كما يمكن استخدام اسلوب التعزيز السلبى ايضا فى هذا الجانب. وهذه الاساليب للتدعيم تعمل على تحسين اداء الاطفال فى الواجبات الخاصة التى تعطى لهم كما تساعد الى حد بعيد على تحسين سلوكياتهم فيما يتصل بالتعلم مثل زيادة الانتباه وتقليل التشتت. وقد استخدم دالتون وربينو وهيسلوب (١٩٧٣) Dalton, Rubino & Hislop بونات التعزيز فى تجربة أجروها واتضح منها أن الاطفال الذين استخدم معهم نظام البونات قد تفوقوا بفروق دالة فى درجاتهم فى الحساب والقراءة والكتابة على مجموعة مقارنة لم تستخدم معها البونات.

٥- مجال اللغة والنطق:

تستخدم أساليب تعديل السلوك وخاصة أسلوب التعزيز الايجابى، والتشكيل (التقريب المتتابع) بشكل كبير فى مجال التدريب على اللغة وعلى النطق وفى علاج عيوب الكلام. وفى الوقت الحالى فان المعالج يستعين بمجموعة من الأجهزة تساعد على ترجيع معلومات عن الأداء مثل ظهور أضواء تشير الى الاستجابة الناجحة أو الخاطئة فاذا صُحبت الاجابة الصحيحة بمكافأة (مثلا بون) فان الطفل يكتسب السلوك المطلوب بسرعة. ويعتبر مجال التدريب على الكلام وعلاج عيوبه من البرامج الهامة التى يشتمل عليها برنامج التربية الخاصة وكذلك برنامج التأهيل.

٦- مجال السلوك الاجتماعى:

يشتمل هذا المجال على تدريب الاطفال المتخلفين على سلوكيات مثل الكلام مع الآخرين، القاء التحية على الأخرين والرد على التحية والابتسام عند لقاء الأخرين، مشاركة الآخرين فى الأنشطة مثل انشطة اللعب والعمل والحياة والتعاون مع الغير ومساعدتهم. وفى المعتاد أن يستخدم اسلوب التعزيز للمساعدة على اكتساب هذا السلوك كما يستخدم اسلوب النمذجة فى هذا الاطار وحبذا لو كان مصحوبا بتمثيل (أداء) الأدوار الاجتماعية المطلوبة.

٧- مجال سلوكيات العمل:

تعتبر السلوكيات التى يقوم بها الفرد داخل بيئة العمل من الأمور الهامة التى تؤثر فى مدى توافقه المهنى واحتمالات نجاحة واستمراره فى العمل. ويحتاج المتخلفون عقليا (وكثيراً من فئات المعوقين) الى تدريب خاص على سلوكيات العمل وبشكل مناسب لطاقتهم حتى يمكنهم ان يتعلموا السلوك المتصل باداء العمل، والمحافظة على السلامة الشخصية، والمحافظة على سلامة الأخرين، والتعاون مع الغير، وتقبل التعليمات والتعامل مع المشرفين والرؤساء وغيرها. ويفيد فى هذا الجانب استخدام اساليب التعزيز والنمذجة لاكتساب السلوك المطلوب واتباع اسلوب التشكيل والتسلسل.

الاعتبارات التى يجب أن تراعى فى استخدام تعديل السلوك مع المتخلفين عقليا:

ينبغى ان يراعى مخططو ومنفذو برامج تعديل السلوك مع حالات التخلف العقلى مجموعة من الاعتبارات حتى يصلوا ببرامجهم الى النجاح المنشود ويتجنبوا أى اثار سلبية محتمل حدوثها ومن هذه الاعتبارات:

١- استخدام الاساليب الايجابية قبل السلبية واستخدام الاساليب الاقل تنفيرا قبل الاساليب الاكثر تنفيرا.

٢- مراعاة القواعد الاخلاقية المناسبة والمستخدمة فى مجال العلاج السلوكى (انظر الجزء الخاص بأخلاقيات العلاج السلوكى فى الفصل الأول).

٣- مراعاة الا يترتب على تعليم سلوك معين، ان يرافقه اساليب أخرى ضارة يتعلمها الفرد.

٤- مراعاة الا يترتب على الغاء سلوك غير مرغوب ان ينطفئ أويزول معه سلوكيات أخرى كانت مرغوبة.

٥- الاطمئنان الى نقل اثر التعلم من بيئة العلاج (المؤسسة أو المعهد) الى البيئة التى يعيش فيها الطفل.

٦- استخدام العمل مع الجماعات (العلاج الجمعى) عندما يكون ذلك مناسبا.

٧- ان يقوم بتعديل السلوك اشخاص مدربون تدريبا جيدا ولديهم معرفة كافية بالسلوك الانسانى.

٨- مراعاة تقويم البرنامج بعد فترات مناسبة ومقارنة النتائج مع خط البداية.

المراجع

Azrin, N.H., & Wesolowski, M.D. (1974) Theft reversal: An overcorrection procedure for eliminating stealing by retarded persons. Journal of Applied Behavior Analysis. 7,577-581.

Azrin, N.H. & Wesolowski, M.D. (1975) The use of positive practice to eliminate persistent floor-sprawling by profoundly retarded persons. Behavior therapy. 6, 627-631.

Barton, E.S., Guess, D., Gracia, E. & Baer, D.M. (1970) Improvement of retardates' mealtime behaviors by time-out procedure using multiple baseline techniques. Journal of Applied Behavior Analysis. 3, 77-84.

Batcman, S. (1975) Application of premack's generalization on reinforcement to modify occupational behavior in two severely retarded individuals. American Journal of mental Deficiency. 79, 604-610.

Dalton, A.J., Rubino, C.A., & Hislop, M.W. (1973) Some effects of token rewards on school achievement of children with down's syndrome. Journal of Applied Behavior Analysis. 6, 251-259.

Foxx, R.M., & Azrin, N.H. (1972) Restitution: Method of eliminating agressive- disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. Behavior research and therapy. 10, 15-27.

Foxx, R.M. & Martin, E.D. (1975) Treatment of Scavenging behavior (coprophagy and pica) by over correction. Behavior research and therapy. 13, 123-162.

Hopkinz, B.L. (1968) effect of candy and social Reinforcement institutions and Reinforcement schedule learning on the modification and maintenance of smiling. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 121-129.

Jens, K. G., shores, R.E. (1969) Behavioral Graphs as reinforcers for work behavior of mentally retarded adolescents. Education and training of the mentally retarded. 4, 21-28.

Kazdin, A.E. (1975) Behavior modification in applied settings. Homewood. IIL: Dorsey press.

Kleibhan, J.M. (1967) Effects of goal setting and modeling on Job performance of retarded adolescents. American Journal of mental deficiency 72, 220-226.

Lovaas, O.I. & Simmors, J.Q. (1969) Manipulation of self- destruction in three retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 143-157.

Premack, D. (1962) Reversibility of reinforcement Relation. Science, 136, 252-257.

Strain, P.(1975) increasing social play of severely retarded preschoolers with socio-dramatic activities. Mental Retardation, 13, 7-9.

Whaley, D.L. & Tough, J. (1970) Treatment of a self-injuring mongoloid with shock-induced suppression and avoidance. In R.Ulrich, T. Starchnick & J. Mabry (Eds) Control of human behavior. From cure to prevention. Vol 2 Glenview III: Scott, Foresman. PP. 154-155.

Whitman, T. L., Mercurio, J. R.& Caponigri, V. (1970) Development of social Responses in two severely retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 133-138.

Wolf, M., Birnbraver, J., Lawler, J. & Williams, T. (1970) The operant extinction, reinstatement and renextinction of Vomiting behavior in a retarded child. in R. Wtich, T. Stachnik & J. Mabry (Eds) Control of human behavior: From Fure to prevention. Vol 2 Glenview, 11L: Scott, Foresman. pp 146-148.

الفصل السابع عشر

تطبيقات العلاج السلوكى فى المجال التربوى

"عدم الانضباط داخل المدرسة"

تكمن أهمية تطبيق العلاج السلوكى فى المدرسة فى دوره فى علاج مشاكل عدم الانضباط داخل المدرسة وبالتالى نجاح العملية التربوية. حيث تؤدى الممارسات السلوكية الخاطئة من جانب الطلاب، وما يصدر عنهم من تصرفات أحيانا إلى اضطراب العملية التعليمية وعدم انتظامها. وقد قدم برفس Purvis 1967 قائمة بأهم مظاهر سوء السلوك التى تصدر عن الطلاب فى المدرسة كالتحدث بكثرة داخل الفصل وفى المطعم والمكتبة، واستخدام الاشارات والالفاظ غير المهذبة، والاساءة لاعضاء هيئة التدريس بالمدرسة، والتدخين وتعاطى المخدرات احياناً، واختلاق المشاجرة مع العاملين بالمدرسة، وتشويه وتخريب الممتلكات المدرسية عن قصد، المقامرة ورمى الاشياء فى فناء المدرسة أو طرقاتها، والتسكع فى اماكن غير لائقة، وعدم الامانة، والتأخر عن الموعد، الوقاحة، وعدم احضار مستلزمات الدرس، والتغيب بدون عذر أو مبرر، والخروج من الفصل أو المدرسة بدون اذن، وعصيان أوامر اعضاء هيئة التدريس، وعدم الاهتمام بانشطة الفصل، واقتناء وحيازة الاسلحة، والخروج المتكرر على المبادئ والنظم المدرسية، ورائحة الجسم غير الطيبة، والغش، وابتزاز الطلاب الأخرين، والاحتجاجات المنظمة وغيرها. وقد لاتكون هذه القائمة المطولة شاملة لكل انماط السلوك الذى يرى المعلمون أنه يحتاج الى تعديل.

ويحدد دريكرز وجرى ١٩٦٨ Dreikurs & Grey أربعة أهداف تتحقق من وراء سوء السلوك للطلاب هى: جذب الانتباه، والتصارع من أجل السلطة أو فرض النفوذ، والثأر أو الانتقام، واستخدام العجز كعذر أو مبرر، ويعتبر جذب الانتباه اكثر الاهداف شيوعاً، وينشأ التصارع من أجل السلطة عندما يحاول أحد وقف سلوك يهدف إلى جذب الانتباه احيانا، ويسبب السلوك الذى يحركه دافع الثأر والانتقام قلق واضطراب شديدين، وعادة مايكون

الطفل الذى يحركه دافع الانتقام فى سلوكه قد عانى من تاريخ طويل من الاحباط، وفقدان الامل فى ايجاد مشاعر التقدير والاحترام من خلال الوسائل البناءة، فيشعر مثل هذا الطفل أن كل شخص يقف ضده ويكن له العداء وقد يسعى للانتقام، ويعد استغلال العجز أكثر اشكال الاحباط تطرفا، وفى هذه الحالة ينسحب الطفل ويفضل العزلة والبقاء بمفرده.

ويقوم الاتجاه السلوكى، فى علاج تلك الممارسات السلوكية الخاطئة من قبل الطلاب على اساس الافتراض القائل بان السلوك يتم تعلمه أو تعديله من خلال نموذج يتضمن الثواب والعقاب، حيث نشأ هذا الاتجاه من الابحاث المعملية لبافلوف وواطسن وثورانديك، كما أن معظم عمليات تعديل السلوك الحالية مأخوذه من أعمال سكنز الخاصة بالتدعيم الذى يعد العامل الاساسىفى تحديد السلوك، كما كانت لأعمال وتجارب بندورا عن النمذجة اثرها الواضح. وعلى ذلك يرى السلوكيون أن القوة الدافعة لتحقيق الانضباط فى المدرسة تتمثل فى مساعدة الاطفال على "عدم تعلم" الانماط السلوكية غير اللائقة وذلك عن طريق أما تدعيم الانماط اللائقة من السلوك سواء تدعيما ماديا أو اجتماعياً من خلال الاهتمام والمدح من جانب المعلم، أو عن طريق العقاب على الانماط السلوكية الخاطئة من خلال التأنيب الخفيف soft reprinands، واستخدام ما يسمى بثمن الاستجابة Response cost (كاسترداد المكافأة إلى تم الحصول عليها) والاشراط التجنبى وذلك بغرض استبعاد انماط السلوك الهدام.

وعلى الرغم من الفاعلية الملموسة لاستخدام المكافآت فى تقليص انماط السلوك الخاطئ إلا أنها تكون أكثر نجاحا اثناء سير العملية التعليمية، وتتطلب معظم البرامج الفعالة لتعديل السلوك وقتاً طويلا من جانب المعلم ولكنها تثمر فى النهاية عن ضبط واضح للسلوك وتحكم من قبل الطلاب فى

أنفسهم، ولذلك يفضل الكثير من السلوكيين هذا الاسلوب عن اسلوب العقاب داخل حجرة الفصل الذى من المحتمل أن يسيئ استخدامه من جانب المعلمين، كما وجد على سبيل المثال أن الايقاف عن حضور الحصة (أو المحاضرة) أو الفصل المؤقت من المدرسة تقل فعاليته كوسيلة عقاب إذا بالغ المعلم أو ادارة المدرسة فى استخدامة، وفيما يلى عرض لأهم اساليب الثواب (التدعيم) والعقاب المستخدمة فى تعديل السلوك فى المدرسة.

أولا: استخدام التعزيز (التدعيم) فى زيادة سلوكيات مرغوبة:

بُنيت الغالبية العظمى من برامج تعديل السلوك على مبدأ التدعيم الايجابى، وتتباين فعاليات البرامج المختلفة بناءاً على نوعية السلوك المعالج وخصائص التلاميذ الذين يعانون من المشكلة وعوامل أخرى عديده، وفيما يلى بعض اساليب التعزيز:ـ

أ- المعززات الاجتماعية:ـ Social Reinforcers

تتضمن المعززات الإجتماعية عدد من الإجراءات مثل المدح، والاهتمام، والتلاحم الجسدى (كالربت على كتف الطفل)، والتعبيرات الإيجابية للوجه كالإبتسام، والتلاحم البصرى، وغيرها. وتستخدم هذه الأساليب فى تعديل سلوك التلاميذ فى المدرسة وكذلك فى المنزل غير أن الطريقة إلى يقدمها المعلم فى المدرسة تختلف فى الأجراءات والنتائج عن تلك التى يقدمها الوالدين فى المنزل.

فى معظم تطبيقات التعزيز الاجتماعى يفضل أن يستخدم المعلم الموافقة اللفظية بعد السلوك المقبول، وعلى سبيل المثال فقد استخدم كيربى وشيلدز Kirby & Shields 1972 المدح اللفظى لتعديل سلوك تلميذ عمره (١٣) سنة كان منخفض الاداء (الإنجاز) فى مقرر الرياضيات وهو فى

الصف السابع الإبتدائى، حيث ساعد المدح المقدم من قبل المدرس على تحسين إجاباته تدريجياً، ولكن المشكلة هى زيادة الحاجة لعملية المدح تدريجياً، وقد تم اختبار فعالية البرنامج فى تصميم تجريبى تم خلاله تقديم وسحب المدح فى مواقف مختلفه، وتأكد حدوث تحسن واضح فى سلوك التلميذ داخل الفصل، وارتفع معدل الاجابات الصحيحة اثناء المدح وانخفضت عند عدم تقديمه، كما أوضح كازدين وكلوك Kazdin & Klock 1973 فعالية إستخدام الابتسامة والتلاحم الجسدى مع الطفل فى تعديل سلوك الأطفال فى فصول التربية الخاصة مما يدل كذلك على أهمية استخدام الموافقة غير اللفظية.

ويتميز التعزيز الإجتماعى بعدد من المميزات منها:-

١- أن المدح والموافقة اللفظية وغير اللفظية فعالة جداً فى تعديل السلوك لدى التلاميذ.

٢- أن التعزيز الإجتماعى أمر سهل التنفيذ من قبل المدرس، كما أن المدح يمكن تقديمه لعدد من التلاميذ فى وقت واحد وبسرعة.

٣- يختلف المدح عن المعززات الأخرى كالطعام مثلا فى أنه عند عدم استخدامه لايولد إحساساً بالحرمان.

٤- أنه يمكن استخدام المدح والإهتمام فى كل مواقف الحياة اليومية من قبل المعلمين والوالدين وغيرهم.

غير أنه يعاب على اسلوب التعزيز الاجتماعى أنها ليست دائماً فعالة وقد لاتحدث تغير فى السلوك بالدرجة المتوقعة، وفى هذه الحالة يفضل استخدام أساليب بديلة.

ب ـ الإمتيازات والأنشطة Privileges and activities:

يميل الأطفال إلى المشاركة فى الأنشطة التى يفضلونها، ويعتمد استخدام الأنشطة المفضلة كأسلوب علاجى على "قاعدة بريماك" Premack Principle الذى لاحظ أن السلوك الاكثر تكراراً فى مواقف الإختيار الحر Free- choise يمكن استخدامه فى تعزيز السلوكيات الأقل تكراراً. على سبيل المثال. فان إستكمال العمل (سلوك اقل تكراراً) يمكن أن يتحسن إذا تبعه اللعب (سلوك أكثر تكراراً) أى أن السلوكيات الأكثر تكراراً تعزز السلوكيات الأقل تكراراً.

ويمكن استخدام اسلوب الامتيازات والأنشطة فى الفصل المدرسى لتعزيز السلوك الذى يرغب المعلم فى إنمائه، حيث يسمح للأطفال بالإشتراك فى أنشطة من إختيارهم فى أوقات الراحة أو علاج مالديهم من مشكلات. وقد استخدم لونج ووليامز Long & Williams 1973 ما يسمى بالوقت الحر. Free Time كمعزز لتعديل سلوك العصيان وتحطيم الأشياء لطفل بالصف السابع الأبتدائى، فخلال جزء من البرنامج تم إخباره بأنه باستطاعته أن يأخذ ١٨ دقيقة وقت حر إذا تعاون مع زملاءه فى الفصل. وخلال اليوم الدراسى نصح بالتحدث مع زملاءه، وممارسة العاب رياضية، وقراءة المجلات وغيرها. واذا أظهر الطفل أى سلوك مضطرب تخصم دقيقة من الزمن الكلى المسموح به وفى نهاية اليوم يصبح الزمن المتبقى هو الزمن الحر المسموح له به، وقد أوضح هذا الأسلوب تحسن فى سلوك الطفل داخل الفصل ومع زملاءه.

كما استخدمت امتيازات وانشطه .خاصة بالإضافة إلى الوقت الحر، فعلى سبيل المثال فقد استخدم Wheele et al 1971 اللعب كتعزيز لضبط

عملية الكتابة (تحسين الخط) لأطفال الروضة حيث يسمح للطفل أن يلعب إذا أظهر تحسن واضح فى خطة وقد اختير عدد من الأطفال بطريقة عشوائية فى كل يوم لتطبق عليهم التجربة، حيث اسفرت النتائج عن تحسن فى الخط لكل الأطفال، كما استخدمت أساليب أخرى من قبيل زيادة فترة الفسحة (الراحة) أو مغادرة المدرسة مبكراً عن الموعد وغيرها.

وكذلك يمكن استخدام معززات تجعل العملية التعليمية أكثر امتاعاً مثل الألعاب والأفلام واجهزة التسجيل الصوتى، والقراءة الحرة وغيرها. غير أن هذا الأسلوب العلاجى أقل أهمية من سابقة للأسباب الأتية:-

١ـ قد لايطبق بالصورة المطلوبة لتداخل المهام المرتبطة به مع مهام أخرى أو تعارضها معها، فالتلميذ الذى يطلب منه أن يتفاعل مع زملاءه قد لايستطيع بسبب انشغاله فى اعماله أو انشغال زملاءه.

٢- أن الامتيازات والأنشطة قد لاتصلح لتعزيز سلوك كل الأفراد.

ولكن يمكن استخدام هذا الأسلوب مع بعض الحالات مع ملاحظة نوعية المعززات والأنشطة ومدى ملاءمتها للحالة.

جـ ـ التغذية المرتده Feedback

تتضمن التغذية المرتده إمداد الفرد بمعلومات حول مستوى انجازه حيث يستطيع الفرد بذلك أن يتجاوز أخطاؤه ويعدل من سلوكه، وليس بالضرورة أن تقترن عملية التغذية المرتده باحداث أخرى أو تعزيزات من قبل المدح أو الموافقة على الأداء. وقد استخدم فان هيوتن وآخرون Van Houten et al 1975 هذا الأسلوب مع فصلين من طلاب الصف الرابع الإبتدائى لزيادة طول (عدد كلمات) موضوع التعبير الذى يكتبه التلاميذ فى الفصل، حيث حدد وقت معين لكتابه الموضوع وتلقى التغذية المرتده على

عدد من الكلمات التى كتبوها. حيث قام الأطفال بعد الكلمات التى كتبوها والتى تم تعزيزهم رجعيا بها، واعادو كتابه الموضوع بعد ذلك وطلب منهم تقييم ما إذا كان هناك تحسن أم لا. حيث ذادت الحصيلة اللفظية ومستوى الأداء. كما أوضح فينك وكارنين Fink & Karnine 1975 أن التغذية المرتدة تحسن من مستوى الأداء الأكاديمى.

وتعد التغذية المرتدة فعالة فى العديد من التطبيقات وخاصة إذا اقترنت بتعزيزات أخرى من قبيل المدح أو اعطاء هدايا أو غيرها، ولكنها تكون أقل فعالية إذا قدمت بدون هذه التعزيزات.

د - المعززات الرمزية Token Reinforecement

تستخدم المعززات كالنجوم والدرجات (العلامات) والبطاقات وغيرها تحت مايسمى بالمعززات الرمزية، ويرجع نظام التعزيز المبنى على الرمزية إلى مايسمى بالاقتصاد الرمزى Token economy وهو تطبيق لمبدأ التدعيم الايجابى، ويستخدم للدلالة على مجموعة من الأساليب توظف فيها المعززات الرمزية لتحقيق الأهداف العلاجية المنشودة، وهذه المعززات الرمزية قد لاتكون ذات قيمة فى حد ذاتها، ولكنها تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات عينية كالطعام واللّعب والنقود وغيرها. وتعطى للتلميذ عند قيامه بسلوك مرغوب فيه أو تجنب سلوك غير مرغوب فيه، وقد استخدم براير وألن Breyer & Allen 1975 هذا الأسلوب العلاجى فى تحسين سلوك (١٥) تلميذاً بالصف الأول الإبتدائى وصف مستواهم الأكاديمى وسلوكهم الإجتماعى بالإضطراب. وبعد ملاحظتهم قدم المعلم لهم شرحاً وافياً عن السلوك المقبول وغير المقبول فى المدرسة، ولم تكن لهذه الخطوة أية فعالية فى تحسن سلوكهم ثم بدأ برنامج التعزيز الرمزى حيث يحصلون على درجات على حسن أداءهم. وأدى ذلك إلى تحسن واضح فى مستواهم

كما قام رولينز وآخرون Rollins et al 1974 بتطبيق برنامج التعزيز الرمزى على عينة من ١٦ مدرسة تتضمن أكثر (٧٠٠) تلميذ حيث أدى ذلك لتحسن واضح فى اداءهم الاكاديمى أظهرته زيادة فى درجاتهم على اختبارات الذكاء والقدرة على القراءة والتحصيل فى مقرر الرياضيات، ولم يعادله التحسن الذى حدث فى الفصول التى لم تتلقى هذا الأسلوب العلاجى.

ويمتاز التعزيز الرمزى بالآتى:-

١- يمكن اعطاء المعزز الرمزى بعد حدوث السلوك المرغوب مباشرة ومن ثم استبداله فى أى وقت آخر.

٢- يمكن استخدامه كوسيلة تعزيز منظمة ولأى عدد من الأفراد فى وقت واحد.

٣- نجاحه فى زيادة فعالية العملية التعليمية وخاصة مع الأطفال وفى التحكم فى السلوكيات الشاذة داخل الفصل.

٤- امكانية إعطاء عدد كبير من المعززات الرمزية لإستجابات عديده دون الخوف من حدوث الإشباع. (الخطيب ١٩٩٠)

ولكنه يعاب عليه أنه أسلوب معقد عن الأنواع الأخرى من أساليب التعزيز، فبرنامج التعزيز الرمزى يحتاج لمعززات، وقائمة بالأحداث التى يجب أن يحدث فيها التعزيز، والسلوكيات غير المرغوبة والبديلة لها والقيم المرتبطة بكل منها كما أنه يحتاج لوقت أطول من البرامج الأخرى كالمدح والتغذية المرتدة.

ثانياً: استخدام التعزيز لإختزال الاستجابات غير المرغوبة.

أساليب التعزيز التى تم شرحها فى الجزء السابق من هذا الفصل تستخدم عادة لزيادة السلوك المرغوب فى الفصل، ولكن قد يكون الهدف

أحياناً هو الحد من السلوكيات غير المرغوبة، ويمكن استخدام التعزيز لتحقيق هذا الهدف من خلال عدة طرق أهمها:-

أ - تعزيز السلوكيات الاخرى Reinforcement of other behaviors

أحد الطرق المستخدمة لإختزال الانماط السلوكية غير المرغوبة هى تعزيز سلوك الطفل عندما ينخرط فى سلوكيات أخرى مقبولة، مثل هذا النوع من التعزيز تعرف باسم التدعيم التمايزى للسلوكيات الأخرى Differential reinforcement of other behaviors أو (DRO) وفى هذا الإجراء يتم باستمرار تدعيم كل الاستجابات ماعدا السلوك غير المرغوب، ولهذا الأسلوب فعالية فى علاج بعض الحالات، وقد استخدمه لويتز وسويب Lowitz & Suib 1978 فى الحد من تكرار عملية مص الإبهام لفتاة عمرها ٨ سنوات، حيث نتج عن ذلك تشوه فى أسنانها نتيجة مص الإبهام. ووضعت قائمة التعزيز بحيث تعطى الطفلة (بنس واحد) إذا لم تضع إصبعها فى فمها لمدة دقيقة واحدة خلال الجلسة العلاجية، وبعد خمس جلسات استبعد تقريبا وتم توسيع نطاق البرنامج بحيث ينفذ كذلك فى المنزل، ومن ثم تخلصت الفتاه من هذه العادة ولم تمارسها خلال سنة كاملة من المتابعة بعد نهاية البرنامج، كما استخدمت هذه الطريقة فى علاج بعض حالات النشاط الزائد، وفى تصحيح أخطاء التعلم وغيرها.

ب - تعزيز المعدلات المنخفضة من الاستجابة

Reimforcement of low Response Rates

وتستخدم هذه الطريقة فى الحد من السلوكيات غير المرغوبة أو فى زيادة الفترة الزمنية التى تمضى دون حدوث السلوك غير المرغوب وتعرف هذه الطريقة بالتعزيز التمايزى للمعدلات المنخفضة من الاستجابة differential reinforcement of low rates of responding (DRL)

وفى هذا الأسلوب تتلقى الحالة التعزيز عندما تُظهر اختزال فى معدل السلوك الذى نهدف الى خفضه، وقد استخدمها ديتز Deitz 1977 فى خفض معدل الكلام لمراهق متخلف عقلياً (من فئة القابلين للتعليم) فى أحد فصول التربية الخاصة حيث أخبره المدرس أنه إذا تكلم ثلاث مرات أو أقل خلال مدة (٥٥) دقيقة فإنه سيقضى وقت أطول للعمل معه، وقد حقق البرنامج نجاحاً، حيث إنخفض معدل الكلام. كما يمكن استخدام قائمة تعزيز المعدل المنخفض من الاستجابة فى التخلص من بعض انماط السلوك بجعل مطالب التعزيز مُلحمة باستمرار، وقد استخدم ديتز وريب Deitz & Repp 1973 هذا الأسلوب فى خفض معدل انخراط طلاب المرحلة الثانوية فى مناقشات اجتماعية اثناء فترة المنافشة فى موضوعات اكاديمية، لأن الهدف هو استبعاد الحديث غير المرغوب فيه حيث تم مكافأة الطلاب الذين يبدون درجة اقل من الانخراط فى هذا السلوك بتعزيزات من قبيل: اعطاءهم يوم الجمعة كيوم راحة (بالإضافة إلى يوم الأحد) إذا ارادو ذلك. وقام الشخص المعزز بعمل أكثر من اربع جلسات نقاش فى نهاية كل أسبوع، ويتم اشراكهم فيها إذا كان معدل الحديث غير المقبول أقل فى اليوم السابق للجلسة وقد ثبت فعلاً نجاح هذا الأسلوب فى استبعاد السلوكيات غير المرغوبة.

العوامل المحددة لاستخدام التعزيز:

هناك بعض العوامل الأساسية التى يجب أن توضع فى الإعتبار عند استخدام التعزيزوهى: مدى تكرار التعزيز، الوقت المناسب لعملية التعزيز، وانواع المعززات المستخدمة، وعاملى السن والجنس:-

١- مدى تكرار التعزيز:-

قد يسأل أحد المعلمين. هل يجب تعزيز السلوك لأى عدد من المرات؟ والإجابة على هذا السؤال تختلف باختلاف الموقف المعزز،فإذا كان يريد

اكساب سلوكيات جديدة فانه يفضل تعزيز المتعلم فى كل وقت ولأى عدد من المرات يظهر فيه السلوك الجديد، ولكن قد يصعب تطبيق هذا المبدأ فى كل الأحوال وكذلك يجب استخدام وسائل من قبيل التعزيز اللفظى مثلا أو الأنواع الأخرى من التعزيز كلما سمحت الفرصة لذلك، لأنه كلما ذادت عدد مرات التعزيز ذادت الفرصة لتحقيق تعلم أسرع، فالطفل العدوانى يجب أن يعزز سلوكه إذا أظهر درجة من الصداقة والتعاون وأى استجابات غير عدوانية إزاء زملاء الفصل كما أن تعزيزه لمرة أو مرتين غير كاف ولكن يجب أن يتم ذلك بشكل مستمر حتى يصبح هذا السلوك دائم الحدوث، وفى هذه الحالة يصبح من غير الضرورى تكرار التعزيز على الدوام ولكن من حين لآخر. وبنفس الأسلوب يمكن تعزيز سلوك الطفل الخجول إذا أظهر درجة مناسبة من توكيد الذات. وكذلك بالنسبة لانماط السلوك الأخرى. أما إذا كان السلوك المطلوب تعزيزه سلوك متكرر مثل إجابة طالب متفوق على أحد الأسئلة الصعبة مثلا فانه يصبح من المفيد تعزيز هذا السلوك من وقت لآخر.

٢ ـ الوقت المناسب لعملية التعزيز:

بعض المعلمين يقدم المعزز (المكافأة) قبل أن يكمل الطالب العمل المكلف بانجازه، والبعض الآخر قد يقدم المكافأة قبل أن يصل إلى الجزء الصعب من الدرس أو حل المسألة أو قبل أن يصل إلى الجزء من الدرس الذى يكون أقل إثارة له، مثل هذه التصرفات خاطئة من قبل المعلم، ولعلنا نتسأل لماذا نعطى الناس إجورهم بعد أن يفرغوا من العمل الذى كُلفوا به؟ إن إجابتنا على هذا السؤال توضح ولاشك متى يجب تعزيز السلوك، ولكن ما هو مقدار الزمن الذى يمضى بين حدوث السلوك المرغوب وعملية التعزيز؟

فى البداية يجب أن يكون الفاصل الزمنى بين حدوث السلوك المرغوب وعملية التعزيز قصير جدا وتدريجيا يتم زيادة هذا الفاصل الزمنى كلما تحققت درجة اكبر من ثبات السلوك، فبعض المعلمين يطلب من التلميذ أن ينتظر لليوم التالى، والبعض الآخر ممن يستخدمون الأنشطة كمعززات يخبر التلميذ أنه سيكافأه إذا راجعه آخر اليوم ووجد كل شئ فى العمل على مايرام، وهكذا. أما تحديد موعد ثابت لإثابة السلوك فقد يكون لها بعض السلبيات، فالمعلم الذى يختبر طلاب ويكافأهم بمعدل كل تسعة اسابيع مثلاً. فى هذه الحالة يبقى معدل التحصيل منخفض فى بداية هذه الفترة ثم يأخذ فى الارتفاع السريع فى نهايتها وهذا الأسلوب لايكون مفيد مع الطلاب منخفضى التحصيل بشكل خاص.

ويجب أن يكون الفاصل الزمنى بين السلوك والتعزيز قصير فى حالات الأطفال الذين يعانون من تدنى واضح فى تقديراتهم لذاتهم أو فى الثقة بالنفس، فالتلميذ الذى يعانى من صعوبات فى القراءة على سبيل المثال ربما يحتاج إلى التعزيز بعد القراءة الصحيحة لكل كلمة على حدة، لأن ذلك قد ينمى لديه مهارات القراءة ويزيده من ثقته بنفسه ويزيد قدرته على إطاقة الإحباط، وقد يكون ذلك أجدى من الانتظار حتى نهاية الصفحة أو الإنتهاء من القصة المقرؤه.

٣- أنواع المعززات:-

تنقسم المعززات إلى الانواع التى سبق عرضها وهى المعززات الإجتماعية والإمتيازات والأنشطة، والتغذية المرتدة، وغيرها، ولكن يجب أن نضع فى الإعتبار بعض الأمور عند إختيار نوع المعزز المقدم للطفل مثل المرحلة العمرية له، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى الذى ينحدر منه، وإعتبارات أخرى مرتبطة بالمعزز ذاته وخاصة فى حالةالمعززات الرمزية.

فكل مرحلة عمرية تناسبها أنواع من المعززات لاتناسب تماماً المراحل العمرية الأخرى، كما أن القيمة المادية للمكافأة يجب أن تتناسب مع المستوى الإقتصادى الإجتماعى للتلميذ فكما يقولون "أن مبلغ قليل قيمته ٢٥ قرشاً قد تكون بمثابة مصدر دفع جيد لذوى الطبقة المنخفضة، ولكنها لن تكون كذلك لذوى الطبقة المتوسطة أو المرتفعة" وبشكل عام يجب أن توضع الامور الأتية فى الاعتبار عند تقديم المعززات الرمزية بشكل خاص.

- أن تكون مأمونة الجانب ولاتنطوى على أية مخاطر.
- ألا تكون ثمينه أوغالية الثمن بحيث يمكن استردادها ثانية.
- ألا تثير الدهشة أو تشغل التلميذ عن الدروس اللاحقة.
- ألا تكون سريعة التلف ويمكن الإحتفاظ بها.

٤- السن والجنس:

يحتاج الأطفال إلى أنواع مختلفة من التعزيز طبقاً للعمر والجنس، فأطفال الحضانة مثلا لديهم رغبة لاتشبع لعملية المدح وذلك لإعتمادهم الشديد على سلطة البالغين، اما فى عمر السابعة فإن البنات أكثر لهفة للحصول على التعزيز من الكبار، فى حين يفضل البنين الاستحسان والتعزيز من قبل الأقران، كما وجد بورنز Burnz 1978 أن الأطفال بين ١١-١٥ سنة لديهم ميل معتدل أو متوسط لعملية المدح، وان المدح الهادى يغدو موضع تقدير لدى الإناث بشكل خاص وليس امام كل الزملاء. اما دراسة دويك Dweck 1978 فتؤكد على أنه رغم تبنى المدرسة أساليباً مختلفة للتعزيز تبعاً لجنس من يعملون معهم من الطلاب إلا أن ذلك ليس مرجعه فهم حاجات الطلاب، ولكن طبقاً لأراء ثقافية يؤمن بها عن دور الجنس مؤداها أن المدح قد يسهم فى زيادة الثقة لدى البنين ومن ثم زيادة الانجاز وتعديل السلوك أكثر مما يسهم بالنسبة للإناث.

مميزات استخدام التعزيز:-

يعد الإستخدام المتوالى للمدح أسرع الطرق واكثرها فعالية لخلق المناخ الايجابى فى الفصل المدرسى، ويرى اتحاد علماء النفس التربويين أن المكافأت من كل شكل يجب أن تمنح للأطفال كلما أمكن ذلك بحيث يتركز العمل المدرسى فى الانجاز والجهد واكتساب السلوكيات الصحيحة، ولكن من الناحية العملية يبدو أن المدرسين لايتمثلون هذه النصيحة، فقد كشفت الدراسات عن أنه بالرغم من أن المدرسين يميلون إلى تشجيع الإجابات الممتازة للطلاب أكثر من إنتقاد الإجابات السيئة إلا انهم أكثر ميلاً لانتقاد السلوك غير المقبول إجتماعيا دون مدح السلوك المرغوب. ففى إحدى الدراسات على عينة من (١٢) مدرسة ثانوية فى لندن وجد أن متوسط التعليقات الإيجابية على عمل الطلاب فى كل درس تراوح بين ٣-٤ مرات، وأن المدرسين يقضون فقط حوالى ١٪ من وقتهم فى مدح أعمال الطلاب بينما نال السلوك الحسن أقل من ذلك من المدح مما يؤكد أن المدرسين يميلون للمكافئة على العمل الأكاديمى أكثر مما يعاقبون عليه فى حين يحدث العكس بالنسبة للسلوك الإجتماعى، وقد يرجع ذلك إلى أن معظم السلوكيات غير المرغوبة إجتماعياً تكون سلوكيات عدوانية قد يوجه بعضها إلى المعلمين ذاتهم مما يجعل التعقيب على هذه السلوكيات مصدر للتهديد، كما أن المعلمين قد يتجنبون أى نوع من التفاعل مع مثل هؤلاء الطلاب وخاصة فى المرحلة الثانوية.

ولتقييم فعاليات عملية التعزيز، وتوضيح مميزاته: فإن ذلك يكون فى ضوء معيارين:

- المعيار الأول إدارى وهو: هل يمكن للمدح والتعزيز أن يساعد المدرس فى السيطرة على الفصل حتى يتغير سلوك الطلاب إلى الأحسن؟

- المعيار الثانى تربوى وهو: هل استخدم المدح والتعزيز يمكن أن يحقق اسهاماً مباشراً فى عملية مساعدة الطلاب فى التفكير بوعى ونضج فيما يخص سلوكهم، وتأثير المعلم فى قدرات الطلاب حتى ينجحوا فى تعلمهم وتنمية الميل الإيجابى حيال أنشطة المنهج.

المعيار الأول: كما أوضحنا سابقاً فإن عملية المكافأة تلعب دوراً أساسياً فى عملية تعديل السلوك وكوسيلة لإدارة الفصل، وهذه الأساليب مشتقة من نظريات التعلم التى طورت وطبقت على المجال التعليمى، وخاصة افكار سكنر Skinner الذى يرى أن السلوك غير المرغوب يمكن تغييره بواسطة التحكم فى العوامل البيئية، ونعنى هنا بالسلوك ذلك السلوك الملاحظ، أما الأفكار وآراء الشخص عن الصواب فى السلوك فلا مجال لها هنا، ويتم التدريب فى خمس خطوات أساسية هى:-

١ ـ تحديد نوع السلوك بدقة مثل الجلوس إلى المقاعد أو الحديث بصوت واضح أوغيره.

٢ـ يقوم المدرس بتسجيل الاحداث المرتطبة بالسلوك لعدة ايام مع احصاء متوسط التكرار لكل حدث، ولكى تتحقق الموضوعية فلا بد من تعريف السلوك بكل دقه.

٣ ـ على المدرس أن يعطى تعزيزا ايجابياً بانتظام مثل المدح أو المكافأة أو غيرها مع الإصرار على استمرار السلوك المطلوب، والتأكيد على أن الاطفال أو الطلاب الذين يكررون السلوك سوف يحصلون على المكافأة فى الحال. كما يفضل تنويع المكافآت من المدح إلى صور عينية كالنقود والحلوى أو النزهة أو غير ذلك، كما ينبغى أن يتم الإتفاق على نمط السلوك ونوع المكافأة بين المدرس

والأب فى حالة قيام الوالدين بتعزيز مثل هذه السلوكيات حتى لايميل الطفل إلى ممارستها فى المنزل دون المدرسة إذا كان التعزيز المقدم فى المنزل أفضل أو العكس.

٤ ـ بعد فترة يعاد تقييم سلوك الأطفال من خلال لوحة بيانية وتقارن النتائج بالبيانات الأصلية.

٥ ـ إذا كانت نتائج الخطوة السابقة مشجعة فإن جدول التعزيز يمكن أن يستمر بطريقة منظمة، لأن الأساليب المنتظمة أفضل من الممارسات العادية التى يقوم بها المدرسين كالمدح والمكافأة من وقت لأخر واهمال التعزيز أحياناً.

المعيار الثانى:- تؤكد العديد من التجارب والدراسات التى تمت على الأطفال أن المدح والمكافأة يمكن أن تُسرع وتقوى الميل الحقيقى لهم تجاه النشاط التربوى، ويرجع ذلك ولاشك إلى مايقدمه المعلم من معلومات للطفل حول أداءه ومساعدته لهم على تقييم الاداء الاكاديمى لكل واحد منهم، كما أن استخدام التعزيز يمكن أن يكون باعثاً على تنمية الميول التربوية للطلاب، ولذلك يجب التمييز بين المدح العام والخاص، فالعبارة العامة فى المدح "عظيم" أو "أحسنت" ـ رغم أنها تُشعر التلميذ بالإجادة إلا أنها لاتخبره بالضبط ماهو السلوك موضع الإعجاب، وفى تجربة قام بها سكير Scheer على أطفال تتراوح أعمارهم بين ١٠-١١ سنه طلب منهم تصنيف ٥٤ بطاقة محتوية على رموز بألوان مختلفة، وخلال الممارسة تم مدح بعض الأطفال بما يصف طريق التصنيف التى اتبعوها مثل "عظيم" أننى أفضل طريقتكم فى التصنيف" وما إلى ذلك ـ بينما مدح غيرهم على فترات متباعدة مدحاً عاماً كل ثلاثة بطاقات فى حين أن المجموعة الثالثة لم تمدح على

الإطـلاق ـ وكـانت النتيجـة أن أطفـال المجموعـة الأولىالذيـن مدحــو مدحــاً وصفياً محدداً كانوا أكثر نجاحاً من أطفال المجموعتين الآخريتين واللتين لـم يظهـر بينهمـا إختلافـاً فـى الأدء، كمـا أوضـح بروفـى 1976 Brophy أن المتعلمين يميلون إلى المدح غير المحدد، وانهم يميلـون أكـثر لمـدح الأطفـال بغرض اتمام المهمة أكثر مما يعلقون على نوع الأداء ـ فثمة تميزاً هاماً بيـن مدح التلميذ واستحسان عمله، فالأول ينصب على التلميذ نفسه ويتأثر بالعلاقة الشخصية بين التلميذ مما قد يكون له نتائج غير مرضيـة، وحيـث أن التلميـذ يقدر سلطة المدرس فإن مثل هذا المدح قد يفرز مشـاعر الإمتنـان الشـخصية بحيث يراه التلميذ معبراً عن قيمة ذاتية له، ولكـن إذا لـم يقـدر التلميـذ سـلطة المدرس فان المدح الموجه للتلميذ يسبب مشاعر الحرج والإرتبـاك وقـد يقلـل هيبة التلميذ التى يجدها بين أقرانه. أمـا المـدح الموجـه لعمـل الطـالب واداءه دون النظر للطالب كشخص سوف ينقل له قيمه النشاط والتميز الذى يبلغ بـه الأداء مستوى القبول، فالطفل سيحصل حينئذ على الرضـا بالانجاز ذاتـه دون الاعتماد على علاقته الشخصية مع المعلم.

مآخذ على استخدام التعزيز:ـ

رغم ماسبق الإشارة إليه من دور التعزيز بأنواعه المختلفة فـى تعديـل السلوك وماله من مميزات تتضح فى الجانب الإجتمـاعى والإدارى والجـانب التربوى إلا أنه لايخلو من وجود بعض المأخذ يمكن تلخيصها فى الآتى:ـ

١ـ قد يحمل آثاراً عكسية نحو الميل الذى نريـد اكسـابه للطـلاب حيـال النشاط المرغوب. ففـى إحـدى دور الحضانـة وعـد بعـض الأطفـال بالمكافأة على حسن اداءهم فى نشاط اختيارى يفضلونه عـن انشـطة أخرى، واختار الأطفال الرسم كنشاط مفضل، وكـانت المكافـأة هـى

شهادات مختومة بماء الذهب ومحلاة بأشرطة ملونه، بينما المجموعة الثانية لم توعد بشيئ، وبعد اسبوع تم ملاحظة التلاميذ فى فصولهم العادية حيث أدوات الرسم متوفرة مع الأدوات الأخرى اللازمة للعب. فوجد أن الأطفال الذين توقعوا المكافأة فى الموقف التجريبى فقط أظهروا اهتماماً أقل بالرسم، بينما أظهر الأطفال الآخرين ميلاً متزايداً نحو هذا النشاط علاوة على ذلك كانت رسومهم أفضل من رسوم المجموعة السابقة، والتفسير الوارد لهذه النتيجة مؤاده أن اثر الترضية الزائدة والمتمثل فى العرض المغرى بالمكافأة لتنفيذ النشاط الذى سبق اختياره - لا أداءه للمتعه فى حد ذاته- سوف تقتل الميل الحقيقى، وهو ما أكدته دراسات عديدة على أطفال ومراهقين فى مجالات وانشطة متنوعة ومكافأت متباينة القيمة.

كما يفسرها ليبر وجيلفوك Lepper & Gillovich 1983 بأثر الترضية الزائدة - حيث يريا أن الوعد بالمكافأة يجعل الأطفال يصرفون اهتماماتهم عن ملامح النشاط التى تجعل منه نشاط ممتعاً إلى الأمل فى الحصول على المكافأة، كما أن العلم بنوعية الجائزة قد يحمل اثراً عكسياً لدى الأطفال ذوى الكفاءة الشخصية حيث يجعلهم يعزون نجاحهم إلى المكافأة والحوافز الخارجية أكثر من عزوها الى الجهد الذاتى وقدراتهم الذاتية - كما أن الرغبة فى الحصول على المكافأة يجعل الأطفال والمراهقين يركنون إلى الإستجابات المألوفة ولايخاطرون بالإستجابات الإبداعية الخلاقة، وللحد من هذا الأمر والتغلب على هذا المأخذ يجب على المعلم أن يتبع الأتى:-

أ - عدم الإخبار عن نوعية الحافز أو المكافأة وتنويعها فى كل موقف.

ب ـ ربط المكافأة بمستويات محدودة من الإنجاز وليس لمجرد الانخراط فى النشاط المرغوب.

جـ ـ جعل التعلم أكثر استمتاعاً من خلال تقديم مشكلات تتحدى القدرات وربط الجائزة بكفاءة الطفل الفعلية وليست المألوفة.

٢ ـ أن التعزيز يعتمد على مدى صحة السلوك، والمشكلة هنا أنه مهما كانت دقتنا فى الحكم فان الأحكام الشخصية لامفر منها وخاصة فيما يتصل بمقاصد الطفل من السلوك حتى أن البعض يحذر من اضرار تعديل السلوك بالإثابه كتكنولوجيا لاعقل لها.

٣ ـ المأخذ الأخير هو مأخذ أخلاقى ـ حيث يوجه النقد للتعزيز لأنه يقهر ويسير الطفل ألياً وإن كان ذلك بطرق جذابه بحيث لاينظر إليه كإنسان له ضميره ومشاعره واغراضه أو كما يقول ناش Nash 1966 أن السيطرة يمكن أن تكون تسلطاً من جانب السلطة التى تستخدم القوة الجسمانية كما أن السلطة الألية تستخدم الإغراءات السيكولوجية فهى أكثر رقة واتزاناً وراحة ولكن من الضرورى إدراك أن ذلك لايعنى أنها تحترم الشخص الذى تسيره.

ثالثاً:ـ أساليب العقاب Punshment techniques:

تمثل أساليب التعزيز القاعدة الأساسية لأغلب برامج العلاج السلوكى فى المدرسة كما أن أساليب العقاب تستخدم كذلك ولكن بدرجة أقل فى جزء من برامج العلاج، فالعديد من أساليب العقاب قد تكون مفيدة أحياناً، وفيما يلى عرض لأهمها:ـ

١ـ التأنيب اللفظى Verbal Reprimands

يعد استخدام عبارات التأنيب وألفاظة التى من قبيل: "أحذرك، أنذرك، انا غير موافق، لا" من أكثر الكلمات تكراراً فى الفصول المدرسية، وربما

تكون أكثر استخداماً من عبارات والفاظ الموافقة، ويستخدم التأنيب كجزء من برامج واسعة تستخدم فيها الموافقة لزيادة السلوك المرغوب، والرفض والتأنيب لاختزال السلوك غير المرغوب، وعلى سبيل المثال فقد استخدم أحد المعلمين كلمة لا (No) فى مدرسة للتربية الخاصة مع طفلة عمرها سبع سنوات كانت تقوم بسلوك إيذاء الذات، وقد إختفى تماما هذا السلوك أثناء استخدام عملية التأنيب هذه ثم عاد مرة أخرى بعد التوقف عن استخدامه.

ويستخدم التأنيب فى معظم السلوكيات غير المقبولة (المكروهة) ومن المحتمل أن يكون اسهل أساليب العقاب تطبيقاً، ولكن قد يؤدى تكرار استخدامه فى كل المواقف غير المقبولة إلى أن يفقد قيمته أو أهميتة، ويرى بعض الباحثين أن التأنيب وعدم الموافقة ليسا متسقين فى فعاليتهما بشكل عام. ففى العادة نستخدم أسلوب الرفض للسلوكيات السيئة فى الحال بمجرد ظهورها، وفى حالات أخرى قد يفيد التأنيب كتعزيز ايجابى أكثر منه عقاب، وقد وجد مادسن وآخرون Madsen et al 1970 أن المدرس الذى يأنب الطفل بقوله إجلس يؤدى ذلك إلى تكرار مرات الوقوف من قبل الطفل. كما أن بعض الدراسات ترى أن للتأنيب أثر ضئيل أو ليس له أثر على الإطلاق وترجع ذلك إلى أن الظروف والتطبيقات التى يكون عندها التوبيخ فعالا تبقى غير معروفة جيداً.

وأحد الأسباب المحتملة لاستخدام التأنيب هو تطوير جمل لفظية كأحداث مكروهه تبقى تؤثر فى السلوك، لأن التأنيب فى حد ذاته أكثر كراهية، ومن المهم لسلوك أى انسان أن يبقى منضبطاً بتأثير بعض العبارات اللفظية، فالأباء والمعلمين ومن يلعبون دوراً فى تعديل سلوكنا قد يكونوا مهتمين بتضمين حديثهم بعض عبارات التأنيب، ولكن على العموم يبقى التأنيب أقل فعالية على الدوام فى تعديل السلوك.

٢ ـ الوقت المستقطع من التعزيز Time out From Reinforcement

ويعرف إختصاراً "بالوقت المستقطع" ويقصد به إلغاء كافة التعزيزات الإيجابية لفترة محددة من الوقت، وفى هذا الوقت المستقطع لايتلقى الطفل المعززات الايجابية التى كان يتلقاها بطبيعة الحال وهناك طرق لتطبيق هذا الإسلوب منها مثلا عزل الطفل أو ابعاده عن الموقف، وقد استخدم لاهى وآخرون Lahey et al 1973 هذا الأسلوب فى علاج طفل عمره عشر سنوات يتفوه بألفاظ الفحش ويخمش وجهه، وقد تم قمع هذا السلوك بعد وضع الطفل فى حجرة صغيرة مجاورة للفصل لمدة خمس دقائق. ويمكن تطبيق أسلوب الوقت المستقطع بدون أبعاد الطفل، فقد عالج بورترفيلد وآخرون Porterfield et al 1976 طفل يمارس سلوكيات سيئة من قبيل العض، ودفع الأطفال الآخرين، والبكاء، وإصدار أصوات اثناء النشاط الرياضى حيث كان يجبر على البقاء خارج إطار هذا النشاط، ويمنع من اللعب ويجلس فقط لمراقبة الأطفال الآخرين لمدة لاتزيد عن دقيقة، واسفر ذلك عن تحسن فى السلوك، كما يمكن تطبيقه بدون ابعاد الطفل من المجال على الاطلاق فقد وضع فوكس وشابيرو Foxx & Shapiro 1978 برنامج فصول التربية الخاصة للطفل المتخلف عقليا، فالهدايا والأبتسامات تقدم بشكل طبيعى للأطفال أثناء عملهم، حيث أعطى كل طفل وشاح Ribbon ليلفه حول عنقه وذلك لتمييز الأطفال الذين يستحقون التدعيم الإجتماعى أو التعزيز المادى بالغذاء مثلا أثناء العمل ويتم فى الوقت المستقطع إزالة الوشاح من على عنق الطفل لمدة ثلاثة دقائق إذا ما ارتكب سلوك غير مقبول، وخلال هذا الوقت لايمكن تلقى أية تعزيزات من قبل المعلم، ويبقى التلميذ جالساً مكانه اثناء الوقت المستقطع، **وقد نجحت هذه الطريقة فى الحد من السلوكيات الخاطئة بدون العزل الكلى أو العزل الجزئى.**

ويعد أسلوب الوقت المستقطع فعالاً جداً فى الحد من السلوكيات الخاطئة فى الفصل وفى المنزل والمؤسسات التربوية والعلاجية عموماً، ويوصى دائما أن يكون الوقت المستقطع قصير نسبياً حتى لوتكرر ذلك عدة مرات فقد يكون أكثر فعالية من الوقت المستقطع الطويل ويتراوح الوقت المناسب بين عدة ثوان وبضع دقائق، كما يوصى بالأسلوب الأخير وعدم ابعاد الطفل كلياً أو جزئياً وبقاء الطفل يراقب الأطفال الأخرين فقد يؤدى ذلك إلى اكتساب الطفل انماط سلوكية مقبولة من خلال عملية التعلم بالملاحظة، مالم يكن سلوك الطفل مضطرب بشكل واضح وقد يؤدى إلى إعاقة السلوكيات الصحيحة للأطفال الأخرين وإرباكهم فيما يقومون به من نشاط، فى هذه الحالة يكون من الأفضل عزل مثل هذا الطفل، وبشكل عام فإن فعالية استخدام الوقت المستقطع من التعزيز تزداد كلما كان موقف النشاط مصحوب بتعزيزات مناسبة.

٣ ـ ثمن الاستجابة Response cost

يشير ثمن الاستجابة إلى فقد التعزيز الايجابى أو جزء منه، وفى معظم تطبيقات هذا الأسلوب يتم أسترداد جزء تم منحه على شكل معززات، ومن هذا المنطق يشعر الطفل أنه سيخسر شيئاً ما نتيجة سلوكه الخاطئ، ولذلك يجب أن يقوم المعلم بشرح هذا الأسلوب قبل تطبيقه مقترنا بالتوجيهات المناسبة ليعرف الطفل متى سيطبق عليه هذا العقاب، وقيمة التكلفه التى سيخسرها، فإذا ماخسر الطفل كل ما اكتسبه من تعزيزات ايجابية فى مواقف سابقة فى هذه الحالة يفضل تطبيق اسلوب الوقت المستقطع عليه إذا ما إستمر على سلوكه الخاطئ. وهناك ثلاثة انواع من تكلفة الاستجابة هى: التصميم العشوائى (Arbitrarily) والمنطقى Logically، والطبيعى Naturally، وفى كل إسلوب منها يتم التنفيذ بشكل مختلف. ومن أمثلة

الأسلوب الأول عدم السماح للطفل بالجلوس مع أصدقاءه أو فى المقعد الذى إختاره، فقد بعض التعزيزات مثل منعه من إستخدام اللعب والمجلات لفترة من الوقت حتى يتحسن سلوكه، وعدم تصحيح إخطاءه، وعدم إعطاءه فسحة من الوقت الحر لممارسة أنشطة المجموعة واللعب مثلهم، وغيرها. أما الإسلوب المنطقى فيعتمد على المنطق فى التعامل مع الطفل كأن نقول له إذا دفعت زملائك للوقوف فى أول الصف سأجعلك تقف فى آخر الصف. أو إذا كتبت ثانية على مكتبك وشوهته سأحرمك منه ما بين ٥-١٥دقيقة، إذا تكلمت بطريقة الأطفال ثانية فلن أستمع لك، إذا ألقيت القمامة على الأرض فستكلف بنظافة الفصل طول اليوم، وهكذا. أما الأسلوب الأخير فإنه يختلف عن الاسلوب الثانى فى أمرين: الأول أنه يأتى طبيعياً دون التخطيط له وقد لايكون قد سبق للمعلم استخدامه، والثانى أنه اقل اعتماداً على وجود علاقة حسنه بين المعلم والتلميذ مثل الاسلوب المنطقى، ولكنهما يشتركان فى أن كليهما فقد للتعزيز ويجب أن يتما بمجرد حدوث السلوك غير المنطقى، ومن أمثلة الأسلوب الأخير مانقوله أحياناً بشكل محدد مثل:- إذا حضرت للمدرسة متأخراً فسوف تحرم من وجبه الفطور فى بداية اليوم، أو ما نقوله أحياناً بشكل عام مثل: إذا لم تضع ادواتك المدرسية فى المكان المحدد لها فلن تجدها عندما تحتاج اليها، الطالب الذى يؤذى زميله سيخسر صداقته ويصبح مكروها منه، الطالب الذى يكذب على زميله، فلن يثق فيه بعد ذلك، وهكذا.

وقد استخدمت برامج عديدة تعتمد على طريقة ثمن الاستجابة فقد أعد لواتا وبيلى Louata & Baioley 1974 برنامجاً للإستخدام مع فصول التربية الخاصة بالمرحلة الإبتدائية حيث يعطى التلاميذ نقطا (بونات) Points يمكنهم تحويلها إلى وجبات وجوائز فى بداية الدرس ويفقدونها إذا أخلوا بنظام الفصل (مثل عدم الالتزام بالمقاعد، أو تحدثوا بدون أن يرفعوا أيدهم) حيث

يقوم المدرس بحرمان الطفل غير الملتزم من وجبته أو جائزته، وقد ثبتت فعالية هذا البرنامج وأدى إلى زيادة السلوك المرغوب والتخلى عن السلوك غير المرغوب. وليس بالضرورة أن يستخدم بونات يتم تحويلها إلى وجبات أو جوائز، فقد يكتفى فقط بسلب الطفل لهذه البونات وقد قام هل وآخرون Hall et al 1972 باختزال سلوك الصراخ والبكاء لدى طفل يعانى من إضطرابات إنفعالية، حيث كان يعطى الطفل شرائح من الورق مكتوب عليها أسمه فى بداية الدرس، وهذه الشرائح الورقية لايمكن استبدالها بوجبات أوجوائز، وعندما يمارس الطفل السلوك غير المرغوب يسلب أحد هذه الشرائح أوكلها. ولوحظ أن هذا الأسلوب أدى إلى تحسن جيد فى سلوك الطفل.

ويمتاز اسلوب ثمن الاستجابة بأنه سهل التطبيق كإجراء عقابى، وأن نتائجه سريعة، ولكن استخدام التعزيز الرمزى فى برنامج واحد مع هذا الأسلوب قد يجعل أسلوب ثمن الاستجابة أكثر فعالية.

٤ ـ التصحيح الزائد والاجراء الايجابى

Overcorrcntion and positive practic

وقد تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة فوكس وأزرين Foxx & Azrin 1972 وهو بمثابة جزاء Penalty بسبب الانخراط فى سلوك غير مرغوب، والذى يتكون من أداء سلوكيات أخرى فى نفس الموقف. ويمكن التمييز بين مكونين أساسيين فى التصحيح الزائد. المكون الأول يمكن تعريفه بالعودة إلى وضع سابق (الرجوع أو الإرتداد) Restitution، ويتضمن تصحيح الآثار البيئية للسلوك غير المرغوب (مثل ترتيب أو تنظيف مانتج عن سوء استعمال شئ ما). أما المكون الثانى فيعرف بالإجراء الايجابى Positive

Practice ويتضمن تكرار إجراء السلوك المرغـوب (مثـل ترتيـب أو تنظيـف الحجرة مثلاً مرات عديدة) وعلى المعلم أن يشرح الإجراءات الإضافية التـى يرغب فى تعليمها أو السلوك المرغوب تعلمه فالطفل الذى يبعثر الطعام اثناء الغذاء ليس عليه فقط جمع مابعثره بعد الانتهاء من الطعام ولكن عليـه كذلك أن يجمع الأطباق غـير النظيفـة فـى سلة واحـدة مثـلا. كمـا أن التلميـذ الـذى يحدث ضجيجاً فى الفصل ربما يجبر على السكوت لبضع دقائق، ويتعهد أمام الآخريـن أن هـذا السلوك لـن يتكـرر ثانيـة. وهكـذا فـإن مثـل هـذا الأسـلوب العقابى يصلح للإستخدام للاطفال الذين يمارسون سلوكيات كالسرقة والسلوك العدوانى وسلوك اثارة الذات والتـى مـن قبيـل التصفيـق والـثرثرة، وتحريـك اليدين ومشكلات التدريب على الإخراج، ولذلك يعد من أكثر اساليب العقـاب مناسبة للسلوكيات التى تقاوم عند تعلمها أو ماتعرف بالسـلوكيات العنيـدة فـى تعلمها كالحد مـن النشـاط الزائـد مثـلاً. غـير أن التقريـرات الموضحـة حـول إستخدام هذا الأسلوب فـى الفصـول الدراسـية مـازالت محـدودة نسـبياً حيث اسـتخدمه أزريـن وبـاورز Azrin & Powers 1975 فـى عـلاج ستة أطفـال تتراوح اعمارهم بين ٧-١١ سنة من الملتحقين ببرنامج دراسى صيفى يعانون من تدنى فـى مسـتوياتهم التحصيليـة وتكـرار سـلوك إتـلاف محتـوى الفصـل المدرسى. وللتصحيح الزائد من سلوك التخريب تم تنبيههم إزاء سوء سلوكهم وتوجيههـم إلـى اتبـاع القواعد المدرسية، كمـا تـم إعطـاء الأطفـال قائمـة بالتعليمات التى يجب أن يسلكوا فى ضوءها والسـلوكيات التـى يجـب تجنبهـا، أما أسلوب الاجراء الايجابى فتضمن جعل الطفل سيئ السلوك يقوم بتنظيـف وترتيب الفصل كلما فعل سلوكه حيث يطلب منه أن يرفع يده ليكون معروفـاً للمدرس ولزملاءه ويقوم باجراء الترتيب والتنظيف لمدة خمس دقائق، وهـذا الاجراء كان يتم فى الحال بمجرد حدوث االسلوك غير المرغوب، وأخيراً تـم

تأجيله ليحدث وقت الفراغ أو الراحة. وقد تم التخلى عن هذا السلوك من قبل الأطفال بشكل نهائى. كما استخدم مثل هذا الأسلوب كل من بارتون وأوسبورن Barton & osborn 1978 فى علاج مشكلة الخلافات بين الطلاب، واستخدمها فوكس ١٩٧٦ فى علاج مشكلة عدم الإنصات وكلها تعتمد أما على تجنب الطفل لسلوكيات غير مرغوبة أو مساعدة ذاته على تطوير الزعاية الذاتية.

فعالية العقاب فى المدرسة:-

إن عددا كبيرا من الإجراءات العقابية مناسبة وتطبق فى المدارس لأن مفهوم معظم المدرسين عنه بأنه ضرورى لعملية كبح السلوكيات غير المرغوبة، واالقانون يساندهم أحياناً، فالمعلمون فى المدرسة يقفون موقف الأباء فى عملية الرعاية والتربية من أجل مصالح الجماعة، ولذلك فإن لديه المبررات لإستخدام نسبة من الكبح يراه ضروريا مثلما يفعل الأب، ولأن العقاب يتضمن بالضرورة الإيلام والنفور فإنه لايجب استخدامه إلا فى استئصال وازالة شرٌ أكبر، فالمسوغ الفعلى لاستخدام العقاب يتمثل فى الحفاظ على مصالح الفرد والجماعة الرسمية التى ينتمى لها، ولذلك كان من الخطأ استخدامه مالم يحقق دافعية لزيادة التحصيل وزيادة الإنضباط أما إذا تولد عنه مشاكل أسوأ من تلك التى استخدم لمنعها أو كان الفعل الخاطئ يمكن الحيلولة دونه بوسائل أخرى غير العقاب كان من الضرورى التخلى عنه وعدم اعتبار العقاب وسيلة لغاية ويصبح عديم القيمة فى حد ذاته.

إن الإدعاء النفعى لوجود العقاب يجعل منه شرطاً ضرورياً لتحقيق النظام فى الفصل ومراعاة القواعد الأخلاقية والقانونية وتيسير دفة الحياة المدرسية، ويعرف العقاب كذلك بأنه أحد الأدوات الفعالة لإقصاء كل ما هو

غريب فهو كالدواء قد يكون لازم رغم مرارته، وتعتمد فعالية العقاب على بعض الشروط التى ترتبط بالموقف المستخدم فيه، والمُستخدم للعقاب، حجم العقاب ونوعه، كما يعتمد على طبيعة شخصية الطفل المُعاقب.

الشروط المثلى لفعالية العقاب:-

يذكر أنصار نظريات التعلم من خلال الدراسات التى تمت فى العيادات أن العقاب يمكن أن يكون فعالاً إذا استخدم بوعى، وكلما ظهرت بوادر سوء السلوك. هذين الشرطين نادراً ما يتحققا فى التشكيلات المدرسية العادية.

وفى تجربة دعا فيها بارك وديور Parke & Deur 1972 تسعين طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٨-١٠ سنوات إلى إرتداء قفازات الملاكمة وأن يضربو دمى كبيرة، وذكر الباحثين أن الأطفال الذين تخلصوا من (أوقفوا سلوكهم العدوانى على الدمية) سلوكهم العدوانى كانوا هم الذين عوقبوا بتعريضهم للضوضاء العالية الصادرة من جرس طنان عند لكم الدمية، أما هؤلاء الذين تلقوا نفس المعاملة لنصف الوقت وحصلوا على جوائز مادية فى النصف الأخر وهؤلاء الذين لم يعاقبوا أويكافئوا على سلوكهم فلم يتخلوا عن سلوكهم العدوانى، ويستطرد الباحثين قائلين إن العقاب اقل فعالية فى مواقف الحياة العادية بسبب الأسلوب الغريب الذى يوظف به.

وهناك مشكلات فى استخلاص الإستنتجات للسلوك اليومى من الدراسات ذات المواقف المعقدة، ولأن اصطلاح العقاب كما يستخدم فى المعمل لأغراض تجريبية ليس له نفس الدلالات فى الحياة الواقعية ومواقفها، لأن التجارب لاتعنى بسؤ السلوك كما هو فى المواقف الحياتية بما يحمله من تصرفات تعد خطأً أخلاقياً، ففى التجربة السابقة صممت مواقف العدوان صناعياً ولايوجد أى شئ يُشعر الأطفال بالذنب، كما أن شكل العقاب فى هذه

التجربة (طنين الجرس) لايطابق مايحدث فى المدرسة واقعياً، كما أن النجاح يقاس بمعايير التحسن دون أية اهتمام بالتغيرات التى من قبيل فهم الأطفال لسلوكهم، كما أنه ليس هناك تمييزاً يُعتد به بين العقاب المرن والصارم.

كما أشار ناتش إلى أن استمرار العقاب دون إعتبار لمفهوم الطفل للظروف المحيطة به قد يغذى سلوكاً غير مرغوب فيه ويؤدى إلى اعتماده على الكبح الخارجى لسلوكه، كما أنه قد يؤدى لتوليد تساؤلات لدى الطفل حول تصرفاته. كما يتباين اسلوب العقاب المستخدم فى المدارس بتباين السلوك والطبقة الإجتماعية التى ينحدر منها الطالب والسياسة العامة فى المدرسة. فقد عرض رينولدز Renolds 1976 لأساليب العقاب التى يعامل بها التلاميذ عن ضروب من السلوك يعتقدون أنهم أحرار فى ممارستها مثل التدخين أو مضغ اللبان (العلك) ففى إحدى المدراس التى يكثر فيها أبناء الطبقة العاملة وينتشر فيها سلوكيات تدل على تدنى الالتزام كان على المدرسين التجول بالمبنى خلال الفسحة أو وقت الغذاء بحثاً عن التلاميذ الذين يمضغون اللبان أو يدخنون وعند ضبطهم فإنهم أما يعاقبون بالضرب على الرأس أو الزراعين قبل إلقاء اللبان أو تسليم السيجارة، واحيانا يُضربون بالعصا، وعلى النقيض من ذلك ففى المدراس التى يسود فيها سلوكا اكثر التزاماً من قبل الطلاب رفض المدرسين تطبيق هذه الأساليب مع الطلاب غير الملتزمين واستخدم مدرسوها إسلوب المهادنه ورأوا أنه ليس من الضرورى استخدام المعدلات العالية من العقاب وانه يكفى الاعتماد على العقاب المعتدل لتحقيق الإنضباط.

كما يؤثر عامل "توقيت العقاب" فى نجاح عملية إنطفاء السلوك غير المقبول، ففى إحدى التجارب التى تمت على الأطفال الصغار وطلب منهم

عدم اللعب بألعاب معينه. وعقاب هؤلاء الذين لايلتزمون بذلك، حيث كان الطفل يعاقب عندما يبدأ فى التصرف بشكل غير مناسب، حيث فسرها أرونفريد Aronfreed 1976 بان الطفل سيشعر بمشاعر مؤلمة كلما أغراه سلوك غير مقبول (محذر منه) بمعنى أن العقاب عند بداية السلوك الخاطئ سيساعد الطفل على أن ينمى ضميراً كابحاً، ولكن إذا عوقب الطفل بعد ارتكابه السلوك الخاطئ فسوف يجعله يشعر بالذنب مما يجعل العقاب يولد اللهفه المرتبطة بالشعور بالذنب دون أن يكون له أثراً كابحاً، فاذا كان هذا الإفتراض قابلاً للتطبيق فى المواقف العادية فإن توقيت العقاب يمكن أن يكون عاملاً هاماً فى تقليل مغريات الطفل على سوء السلوك مرة أخرى. ولكن للأسف لايمكن للمدرسين أن يكونوا ملاحظين ثابتين فى الفصول المدرسية كما هو الحال فى المواقف التجريبية، وحتى لو كان كذلك فربما يظنون أنه ليس من الحكمة اللجوء إلى العقاب قبل تجربة وسائل ايجابية أخرى.

وأخيراً. يختلف الأطفال فى درجة إستجابتهم ايجابياً للعقاب، فالفروق الشخصية قد تكون عاملاً مؤثراً فى نجاح العقاب كوسيلة لتدريب الأطفال على السلوك المقبول، ويقترح أيزنك أنه تحت ظروف محفزة واحدة تكون مستويات الإثارة فى الطبقة اللحائية للمخ أكثر حساسية للتغيرات الداخلية من التغيرات الخارجية، فإذا كان ذلك صحيحاً فإن التغيرات الداخلية تكون أكثر إرتباطاً بالمثيرات الشرطية واكثر استجابة للثواب والعقاب، وبذلك يعنى أن العقاب قد يكون فعالاً أو مؤثراً مع الأطفال ذوى الدرجة المرتفعة من الحساسية الشخصية (الاجتماعية والانفعالية) عن منخفض الحساسية، ولدى ذوى التوجيه الداخلى (مركز الضبط الداخلى) عن ذوى التوجيه الخارجى.

الأعراض الجانبية غير المرغوبة للعقاب:

مما يجب تحذير المدرسين منه هو النتائج غير المقصودة للعقاب، ومهما تبدو فعالية العقاب على المدى القصير فإن الكبار المعنيون باتباع أساليب عقابية قد يتسببون دون وعى فى ظهور أنماط سلوكية غير مرغوبة يمكن توضيحها فيما يلى: -

١ - لما كان العقاب يمثل مواجهة بين المعاقب والمُعاقب فإنه لا يعلم الأطفال ما يجب أن يفعلوه .وإنما يعلمهم مالا يجب أن يفعلوه، ولذلك يحتج سكنر Skinner بأن العقاب يعلم الأطفال أساليب التجنب ويشجع السلوك المرغوب فى وجود الكبار فقط، وقد يدفعهم إلى الركون إلى العقاب ولو بدرجة طفيفة.

٢ - فى حالات سوء سلوك الأطفال الذى يرجع الى رغبتهم فى لفت الانتباه فقد يعزز العقاب لهذا السلوك فى الوقت الذى يقصد كفه بالعقاب. ويرجع ذلك إلى رغبة الطفل فى جذب الانتباه وأنه قد حقق ما أراد من خلال استجابة المدرس حياله وكذلك حيال زملاؤه من الطلاب فقد يسيئ الطالب سلوكه ليضايق المدرس أو ليكون موضع إعجاب من رفاقه فإذا ما استجاب المدرس بما حقق الغرض من السلوك ينشأ عن ذلك تقوية الاستجابات غير المرغوبة لدى الطالب، كما أن رؤية المدرس مستاءاً يجعل بعض الطلاب سعداء، لذا كان على المدرس تجاهل مغريات سوء السلوك وعدم معاقبة الجانى فى الحال، فالتظاهر بعدم وجود سلوك خاطئ أو مضايق لن يجعل الطالب يتمادى فى سلوكه وستكون اثارة الايجابية أكثر من السلبية، على أن يرتب المدرس وقتاً مناسباً وأسلوباً فعالاً لعلاج المشكلة. ولذلك يوصى السلوكيين باتباع أساليب تتضمن

مكافأة الأطفال على سلوكهم الحسن وتجاهل سلوكهم السيئ. إن ارتفاع صوت المدرس على الطلاب المعاقبين قد يساعد على ظهور سلوك جذب الانتباه لأن الطالب المخطئ سيصبح مركز اهتمام الفصل كله، كما أن العقاب الملحوظ قد يربك عمل الفصل، ويخلق الصوت العالى نوعاً من التوتر يؤدى إلى السب اللفظى والمواجهة، وفى تجربة روتر وآخرين التى تمت فى مواقف طبيعية يذكر بأن المدرسين الذين يتميز طلابهم بالسلوك المزعج قد طُلب منهم استخدام عقوبات بسيطة بحيث يسمعه الطالب المخطئ فقط، وكانت احتمالية السلوك غير المرغوب تتضاءل شيئاً فشيئاً ولما طُلب من المدرسين العودة إلى العقوبات الظاهرة فقد تزايد الشغب. ويرى الباحثون أن أفضل طريق لعلاج مثل هذه المشاكل هى الخلط المثالى بين أساليب تجمع كل من المرح والعقاب الخفيف مع القليل جداً من العقاب الظاهر.

٣ – أن العقاب يمكن أن يكون وقوداً لعدم التكيف مع المناخ المدرسى، ليس فقط مايخص منه العقاب الجسدى ولكن أيضاً مايخص الأساليب الأخرى مثل اللوم والتوبيخ على الملأ، ويذكر وودز Woods أن الأطفال الذين عُنفوا أمام زملاء الفصل ظلوا يعانون الشعور بالإهانه ومن ثم الإضطراب، وهو مايؤدى فى النهاية إلى توليد الشعور بالمرارة وتحطم الصورة الإيجابية عن الذات.

٤– يُعرض العقاب الأطفال فى بعض الظروف لنموذج غير ملائم فى سلوك الكبار فيقومون بتقليده ويرى رايت Wright 1971 أن رؤية الطلاب لزميلهم الذى يُعاقب يتوقف على نظرة الطلاب إلى عدالة أوتعسف العقوبة، وأن على المدرس أن يحذر تمثيل النموذج غير المناسب

المتصف بالعنف وعدم العدالة، وطبقاً لنظرية التعلم الإجتماعى لبندورا فإن الطلاب قد يتصرفون بعدوانية من خلال تقليد السلوك العدوانى للكبار، فتعلم العدوان قد يتم دون وعى مباشرة من خلال المعاناة الناتجة عن العقاب أو بشكل غير مباشر من خلال رؤيته أوسماعه عمن عوقبوا، ولكن لحسن الحظ فإن التعلم بملاحظة مواقف العقاب قد يتحول إلى ميزة إذا كان المدرس يتمتع بحس جيد وإذا ادرك أنه يقدم نموذجاً سيئاً لتلاميذه قد يقلدوه يوماً ما.

٥- أن الاطفال الذين يُعاقبون بصفة متكررة قد يُحرمون من إظهار فضائل كالرقة والحساسية ويحل محلها الخشونة والتبلد الإنفعالى، ولكن نفهم ذلك لابد من تناول مسألة نمو الضمير وتكوينه - فإذا تكرر العقاب أو كان قاسياً فربما يؤثر على الدرجة التى ينمى بها الأطفال الضمير أو الوعى المبنى على التعاطف مع الآخرين ويقتل لديهم الخوف من انكشاف أخطاءهم أو الرغبة فى الالتزام، وقد وجد هو فمان Hoffman 1970 أن اطفال الثانية عشر العاطفيين الذين أظهروا إهتماماً بالأخرين كانوا يروا والديهم على انهم اتبعوا وسائل متنوعة فى السيطرة وانهم كانوا أقل استخداماً للعقاب واكثر تعاطفا وتسامحاً، وبمقارنة هذه النتائج مع نتائج لايت Light 1979 عن أطفال ماقبل المدرسة (٤ سنوات) الذين أخذوا فى أكتساب القدرة على التمييز والتوافق مع وجهات نظر الأخرين واللذين رأوا أمهاتهم قد اتبعوا معهم أسلوب عقابى عام والتعامل مع كل طفل على أساس خصائصه الشخصية، مما يوضح أن تنمية الضمير القوى يعتمد على رؤية الطفل لوالديه وما يملكان من دفء وحنان، أما أولئك الذين عوقبوا كثيراً فى البيت وينظرون إلى مدرسيهم وما يلجأون إليه من أساليب العقاب لتحقيق الطاعة والإلتزام فإن إهتمامهم سيتركز

على القـوة الشـخصية للكبـار ممـا قـد يولـد فيهـم الشـعور بـالرفض عنـد معاقبتهم وهو مايحول دون نمو الضمير القـائم علـى العاطفـة والإهتمـام بالأخرين، وباختصـار فقد يـؤدى تكـرار العقـاب إلـى جعـل الطفـل أكـثر اهتماماً بنفسه وحسب، أى ينمى فيه شعورا واضحاً بالأنانية.

رابعاً: النمذجة والتعلم بالملاحظة:

تصلح أساليب التعزيز فـى تقويـة وتنميـة سـلوكيات مرغوبـة موجـودة بـالفعل، بينمـا يسـتخدم العقـاب أكـثر فـى الحـد مـن سـلوكيات غيـر مرغوبـة تمارس من قبـل الطـلاب فعـلاً، ولكـن هنـاك سـلوكيات أخـرى لا يفيـد معهـا استخدام التعزيز أو العقاب عند تعلمها بقدر ما تفيد أساليب أخـرى كالنمذجـة والتعلم بالملاحظة وهى أنماط السلوك التى يسعى الطـلاب إلـى تعلمهـا لأول مرة ـ فانمـاط السلوك الجديدة يجب أن تحدث أولاً أمام المتعلم حتـى يكتسـبها قبل أن يتم تعزيزه عليها، فتعلم اللغة، ومعظم أنماط السلوك الإجتمـاعى يتـم تعلمهـا بالنمذجـة والتقليـد، ويقـوم بهـذا الـدور كـل مـن الأسـرة والمؤسسـات التربوية والإعلامية والإجتماعية، وفي المدرسة غالبا ما يتم دمـج الأسـلوبين معاً ـ التعزيز الإيجابى والنمذجـة ـ عندمـا لا تـأتى النمذجـة وحدهـا الثمـار المرغوبة من عملية التعلم، وقد لا يحتاج السلوك المتعلم إلى تعزيز خـارجى لأن لدى الإنسان القدرة على التعزيز الذاتى.

المدرسـون الذيـن هـم علـى وعـى بأهميـة النمذجـة والتعلـم بالملاحظـة يميلون لاستخدام الأمثلة والنماذج والرسوم التوضيحيـة وغيرهـا مـن وسـائل التعلـم فـي عمليـة الشـرح، أن تعلـم وتنظيـم كـل مـن المهـارات العقليـة والإجتماعية لدى التلاميذ تصبح أفضل واسـرع مـن خـلال الامثلـة وعـرض نماذج السلوك الإجتماعى المرغوب، كمـا تسـاعد النمذجـة المـدرس علـى أن

يكون أكثر تأثيراً فى سلوك طلابه من خلال استخدامه لها بفاعلية، وهذا الاسلوب يصلح استخدامه من قبل التربويين فى مساعدة الطلاب الذين يعانون من سلوك انسحابى، والمعارضين للمجتمع، والذين يجدون صعوبة فى تبنى مهارات مناسبة تساعدهم على التوافق مع المناخ الاجتماعى والأكاديمى بالمدرسة.

أنواع النماذج

تتنوع النماذج ويمكن تقديمها باكثر من طريقة، وتمثل النماذج الحية Live model أكثر انواع النماذج شيوعاً فى مجال التطبيق، فالمدرس الذى يرغب فى تعليم تلاميذه سوكا معيناً قد يستخدم الرفاق كنموذج حى ذو فعالية جيدة وخاصة فى المدارس الثانوية حيث يكون القبول الإجتماعى (المرغوبية الاجتماعية) فى غاية الأهمية، كما يوجد مدخل آخر هو أستخدام الفرد من ذاته كنموذج self as model فى هذه الطريقة على الشخص أن ينظر لنفسه أو لسلوكه بطريقة مناسبة، وتفيد هذه الطريقة فى زيادة انتباه الشخص لنفسه ولتصرفاته فى برامج تغيير السلوك. حيث يختار السلوك البديل، ويحدد مستوى السلوك المطلوب وفى هذه الحالة يمكن أن نقول أن هناك خطوتين فى تطبيق استخدام الذات كنموذج تعرف الخطوة الأولى بالنموذج الإجتماعى social model فعندما يشارك الشخص الخجول فى مناقشات إجتماعية من وقت لأخر سيتحسن (يقل) مستوى خجله، والشخص المتلعثم فى حديثه عندما يتحدث طبيعياً مرة بعد مرة سيقل تلعثمه. ويتم ذلك أفضل كلما لاحظ الشخص السلوك المطلوب بعناية وحاول تقليده بنفس الطريقة سواء كان ذلك مع صديقه، مدرسة وأخيراً فى مواقف الحياة الفعلية. الخطوة الأخيرة فى أسلوب الذات كنموذج تتمثل فى اشتراك الطفل فى تحديد وتوجيه ذاته نحو السلوك المفضل، وعلى الفرد أن يتذكر على الأقل مناسبة واحدة أدى فيها

جيداً، فمواقف السلوك التى نؤدى فيها جيداً قد تفيد كنموذج فى السلوكيات المقبلة، وقد تفيد كتعزيز ذاتى يشجع الفرد على النجاح فى هذه الحالة، فإذا لم يستطيع الطفل تذكر مثل هذا الموقف، فربما يكون المعلم قادراً على تحديد موقف سابق أدى فيه الطفل بفاعلية فى حل المشكلة وتوضيح الخطوات التى أتبعها ليستفيد من ذلك فى المحاولات المقبلة.

إن استخدام النماذج الحية كما سبق لها بعض المميزات وبعض العيوب فمن الجوانب الايجابية لها أنها قد تزيد الدافعية، وتسهل عملية تعلم السلوك المرغوب، وقد استخدمت النماذج الحية فى تعليم الجانحين كيف يتصرفوا اثناء مقابلات العمل Job Interview وكيف يتصرفون اثناء تحقيق رجال الشرطة معهم، وكيف يقاومون التأثير غيرالمرغوب للرفاق عليهم والذى يقود إلى سلوكيات غير مرغوبة فى الفصل. كما استخدم بفاعلية فى تعليم الأطفال الفصاميين Schizophrenic children كيف يلعبون ويتفاعلون لفظياً وهو ما أدى إلى اختزال سلوكهم الانسحابى وقلل من ميلهم للعزلة الاجتماعية، ومن ناحية أخرى فقد يكون لاستخدام النماذج الحية بعض السلبيات منها أنه قد يصعب احيانا التحكم فى سلوك النموذج، فقد لايسلك النموذج بالطريقة التى نريدها تماماً، فالمدرسين مثلا لايتصرفون على الدوام بطرق ثابتة مع طلابهم، كما أن مجموعات الرفاق لايسلكون دائماً نفس السلوكيات التى نرغبها، ولذلك فقد يكون فى استخدام النماذج غير الحية (الرمزية) مثل اشرطة الفيديو، وافلام السينما، وشرائط الكاسيت والقصص أو الروايات المكتوبة بعض الأهمية جنباً إلى جنب مع النماذج الحية.

التأثيرات الأساسية للنمذجة:-

١- تعلم ممارسة السلوك بطرق جديدة:- Learning to behave in new ways

دلت الملاحظات على أن العديد من أنماط سلوكنات تكتسب من خلال المحاكاة أكثر من تعلمها من خلال التدريس، وقد دلت التأكيدات على أن تتابع عمليات النمذجة تكون أكثر فعالية فى تعلم السلوكيات الجديدة، مما لوكانت عمليات النمذجة متقطعة وغير مستمرة.

٢- الكفاءات الإجتماعية والعقلية المعقدة:-

Complex Intellectual and social competencies

يتعلم الطلاب العديد من المهارات الإجتماعية والمعرفية المعقدة بالملاحظة من النموذج المناسب، فالمهارات العقلية تكتسب من خلال التعلم بالملاحظة والمتضمن كل من المحادثة، اللغات الأجنبية، استخدام المنطق، أساليب معالجة المعلومات، المهارات المهنية، المهارات التكنيكية الخاصة، والهوايات المختلفة، ويمكن للمدرسين نمذجة مهارات حل المشكلات بواسطة التفكير حول الطرق المختلفة فى مهاجمة المشكلات مع المساعدات اللفظية حول كيفية الإحاطة بالمشكلة وفهمها وحلها والتعميم المنطقى فى سلسلة من الخطوات المتتابعة. كما أن السلوكيات الاجتماعية يمكن تعلمها بالنمذجة بما تتضمنه من فن المحادثة الاجتماعية، سلوكيات التنميط الجنسى (تعلم لعب الدور الجنسى المناسب)، والغيرية (الإيثار) وغيرها بنفس الطريقة التى يعلم بها المدرس مهارات حل المشكلات، فعلى سبيل المثال يستطيع المدرس أن يشرح الأساليب المختلفة لحل الصراعات أو الخلافات بين الأشخاص وكذلك الأساليب المختلفة للتفاعل فى المواقف المختلفة.

٣- التفاعلات العاطفية Emotional Reactions

الإستجابة الإنفعالية يمكن ايضاً أن تكتسب من خلال مشاهدة الاستجابات العاطفية للأخرين الذين يظهرون خبرات سارة أو مؤلمة، فأنماط

سلوك الأقدام والاحجام يمكن أن تكتسب بهذه الطريقة. حيث وجد بانويل وسيكرست Banwel and Sechrest أن كل من تلاميذ الصف الأول والثالث قد اختاروا المهام التى تلقى زملاءهم عليها المكافأت أو التعزيز الإيجابى وتجنبوا المطالب التى لم يوافق عليها التلاميذ الأخرين، كما أن سلوكيات الأحجام كالخوف من المدرس يمكن أن تثبت بواسطة ملاحظة التلاميذ لزملاءهم فى الفصل وهم يوبخون أو يعنفون من المدرس ذاته.

وبالمثل فإن استجابات الإقدام على المدرس يمكن أن تتحقق من خلال ملاحظة التلاميذ لأحد زملاءهم بالفصل يتلقى معاملة سارة من المدرس، كما يستطيع المدرس تعطيل الميل لإنكار الإنفعالات الطبيعية كالخوف من عدم الثقة بالنفس، بواسطة مناقشة الأحداث الشخصية أو كيف تصرف المشاهير فى العالم سابقاً وحالياً إزاء مشاكل الحياة، فالمدرس يستطيع أن يوضح أن مثل هذه الإنفعالات يمكن التحكم فيها تحت ظروف معينة، مثل هذه المناقشات يمكن أن تساعد الطلاب على أن يكونوا غير خجولين أو يكفوا عن سلوك ما.

كما أن السلوك العدوانى يمكن أن يكتسب كذلك من النماذج العدوانية، وبالمثل يمكن تعليم الأطفال العدوانية المفرطة والاستبداد، وكذلك التعامل مع مواقف الإحباط وتغيير سلوكهم إلى الأفضل، فتوضيح أن العدوان سلوك غير مقبول وإثابة الأطفال على التعاون قد يحد من عدوانهم ويساعد على ذلك نمذجة السلوك التعاونى فى حضورهم.

وهكذا يمكن القول أن العديد من مواقف السلوك يمكن أن تكتسب بالنمذجة.

٤- الاتجاهات نحو المدرسة:. attetudes toward school

يمثل الاتجاه نحو المدرسة أحد العوامل المحددة للنجاح فيها حيث يتأثر ميل الطلاب لإظهار قدراتهم ومهاراتهم باتجاهاتهم نحوها، ويميلون إلى نسيان الأشياء غير المرغوبة، وتذكر الأشياء المرغوبة، وبالطبع يؤثر المدرسون ليس فقط فى اتجاهات الطلاب نحو المقررات الدراسية المتعلمة ولكن ايضا نحو العملية التعليمية ككل. والعديد من الطلاب يأتون إلى المدرسة بإتجاهات متباينة بعضها إيجابياً وبعضها سلبياً، وبعضها متعادل إزاء الأشياء التى ليس لهم خبرة بها، ولكن تدريجياً يقوم المدرس بتطوير وتنمية الاتجاهات الايجابية نحو التعلم إذا كان يتمتع بقبول الطلاب والعكس إذا كان المدرس غير ذلك فانه سينمى لديهم اتجاهاً سالباً نحو المدرسة والعملية التعليمية ومن ثم ميول تجنبيه، وتتأثر اتجاهات الطلاب نحو المدرسة بالظروف المحيطة بموضوع الاتجاه ومعدل الارتباط أو الاقتران به. وكما سبق الاشارة إليه فى حديثنا عن التعزيز الايجابى أنه عندما يؤدى السلوك إلى امر سار ويرتبط بظروف سارة فاننا نميل لحدوثة ثانية، وهذا لايعنى أن يحدث االموقف السار دون أن يتطلب جهداً كبيراً، فقد يعمل الطلاب لفترات طويلة وبمجهود كبير ويصبحون أكثر إحساساً بالقدرة على توجيه ذاتهم وتحقيق النجاح ومن ثم السعادة. وإذا أردنا أن نكبح سلوكاً ما فى طلابنا فعلينا اولاً ألا نأتى هذا السلوك وكما يقول الشاعر:

لاتنه عن فعل وتأتى مثله　　　عار عليك إن فعلت عظيم

مما يعنى أنه يجب أن نتصرف بالطريقة التى نرغب فى أن يتصرف بها طلابنا، فلن تستطيع تعليم الطلاب الكياسة أو المجاملة ونحن سريعى الغضب والانفجار فيهم، ولن نستطيع تعليمهم مبدأ الشورى كمبدأ إسلامى ونحن مستبدين معهم ونفرض عليهم افكارنا وآراءنا.

إن سلوك المدرسين يؤثـر بشدة فى ميول التلاميذ من حيث الإقدام والاحجام نحو موضوعات معينة والتعلم عموماً، وتلعب عملية النمذجة دوراً فى تنمية دافع الاستطلاع والإهتمام بالتعلم، كما أن تقدير المعلم للتلاميذ ايضاً فى غاية الأهمية. ويعدد كلاريزو Clarizio, H. F. 1980 بعض خصائص المعلم الناجح الذى يصلح كنموذج يحتذى من قبل طلابه اهمها الصبر والعدالة والإتساق بين القول والسلوك والتفاؤل، وغيرها.

أ- الصبر Patience ويدل عليها التعامل مع الطلاب بهدؤ وصداقه، والتعاون معهم عندما يخطئون.

ب - العدالة (الاستقامة) Fairness. هى إحدى الصفات التى تؤثر فى اتجاهات الطلاب، فالطلاب يفضلون المدرس الذى لايجامل بعض الطلاب لأى سبب من الأسباب.

جـ - الإتساق بين السلوك والقول consistency. فالمدرس الذى لايتسق سلوكه مع أقواله يفقد مصداقيته كنموذج ولن يميل الطلاب لتقليده، والمدرس الذى لايفى بوعده مع طلابه سيشعرهم انهم غير مرغوبين منه.

د - التفاؤل optimism كما يقدر الطلاب التفاؤل فى معلميهم ويفضلون المعلمين الذين يمنحونهم الأمل.

كما يسهم سلوك المدرسين فى تحديد نوع المناخ المدرسى بما يتضمنه من متغيرات مثل درجة التنافس، ودرجة الضغط والتوتر التى يشعر بها الطلاب، ودرجة التنظيم والإلتزام، والدرجة التى يستطيع بها الطلاب توجيه ذاتهم كأفراد.

٥ ـ النمو الأخلاقى: Moral development

تؤثر النمذجة كذلك فى النمو الأخلاقى للطلاب، فالراشدين والرفاق كنماذج حية، واشرطة الفيديو وبرامج التوعية بالتليفزيون كنماذج رمزية وغيرها يمكن أن تستخدم فى زيادة النمو الأخلاقى للأطفال من كل الأعمار والمستويات الإقتصادية الإجتماعية المختلفة حيث أوضحت نماذج الضبط الذاتى أن الاشخاص الذين يتمتعون بالقدرة على مقاومة الإغراء أقل ميلا للإنحراف، ويظهرون قدرة أكبر على اتباع التعليمات. ويميل الناس عموماً إلى النماذج فى المواقف المختلفة حينما يجهلون ما يتوقعونه وبناء على هذه الحقيقة فإن اثار النمذجة تكون أقوى نسبياً فى البداية، وبناءاً على التلاحم المبكر بين المدرس والتلميذ سوف يكون التلاميذ إنطباعاتهم عن المدرس وخصائصه كالصبر والعدالة والإتساق والتفاؤل وغيرها من الخصائص ولذلك يجب على المدرس أن يكون نموذج حسن وقدوة تحتذى فى سلوكه منذ اليوم الأول فى الدراسة أو من عمله كمدرس.

ولمزيد من المعلومات حول التأثيرات الفعلية للنمذجة بشكل عام (راجع الفصل التاسع)

العوامل المؤثرة فى التعلم بالملاحظة:ـ

توجد ثلاثة عوامل أساسية تؤثر فى نجاح النمذجة الإجتماعية والتعلم بالملاحظة وهى خصائص النموذج، وخصائص المُلاحِظ (المتعلم)، والنتيجة الإيجابية أو السلبية المرتبطة بنمذجة السلوك.

أ ـ خصائص النموذج: وتتضمن الأتى:ـ

١- المدى الذى عنده يدرك المدرس ذاته كشخص يمتلك درجة عالية من الكفاءة والمنزلة وأساليب التحكم والضبط.

٢- المدى الذى عنده يدرك المدرس ذاته كمربى ومساند فى السابق.

٣- معظم النماذج التى تتعامل عن قرب تميل لأن تكون مصادر أساسية للدعم والضبط أو التحكم فى الوسط المحيط للفرد، وأقصد بذلك الوالدين، زملاء اللعب، والأطفال الأكبر سناً، والراشدين الذين يلعبون دوراً هاماً فى الحياة اليومية للطفل أو التلميذ.

٤- الدرجة التى عندها يدرك الطلاب أن النموذج مماثل لهم.

٥- استخدام نماذج متعددة يظهر سلوك مماثل أكثر فعالية فى تعديل السلوك من استخدام نموذج واحد.

٦- المدى الذى عنده يكون سلوك النموذج سابق لأوانه فى تأثيره على المجموعة التى يرغب الطفل فى الانخراط فيها أو يطمح فى الإنضمام لها.

ب ـ خصائص المُلاحِظ (المتعلم): وتتضمن خصائص من قبيل:ـ

١ـ جنس الطالب (ذكر أو أنثى).

٢ـ الخلفية العرقية أو الثقافية التى ينتمى إليها.

٣ـ المستوى الإقتصادى الإجتماعى لأسرته.

٤ـ خصائصه الشخصية (الحاجة للاستقلال، دافعية الانجاز، مستوى العدائية، الميل للتعاون، وغيرها)

حيث يلاحظ أن الأولاد أكثر تقليداً للسلوك العدوانى من البنات، كما أن الصغار الإعتماديين (غير المستقلين) والذين لديهم درجة اعلى من الميل للتعاون أكثر تأثراً بالنموذج واكثر ميلاً للتقليد والمحاكاة، وان الطلاب المتسلطين وسريعى الغضب يستجيبون بسرعة للنماذج العدوانية.

ولكن ماطبيعة الشخص الذى يجب أن يكون نموذج؟ وهل من الأفضل استخدام شخص لديه فعلاً براعة فى ايجاد السلوك البديل وهو ما يعرف بالنموذج المتمكن Mastery أو أخر يبدأ من مستوى الطالب ويتحسن تدريجياً حتى يصل الى المستوى المتوقع وهو ما يعرف بنموذج المواجهه Coping وتقترح الأدلة الحديثة أن نموذج المواجهة أكثر فعالية فى بعض المجالات على الأقل. حيث يبدأ نموذج المواجهة بنفس مستوى الطفل المشكل وتدريجيا يحقق البراعة فى اكتساب السلوك المقبول؛ كما أنه يظهر التحاماً أكثر مع مستوى مهارات الطفل، وعلى العكس فإن النموذج المتمكن ربما يبدو غير واقعى ولايكون هدف له أهمية كبيرة بالنسبة للطفل ومن ثم يؤدى إلى تثبيط العزيمة.

جـ- نتيجة الفعالية فى نمذجة السلوك:

إن العائد أو النتيجة من نمذجة السلوك ذات أهمية كبيرة فى تحديد مدى التقليد أو المحاكاة، وإن استخدام البواعث التطبيقية فى اغلب مواقف المحاكاة يمكن أن يزيد من فعالية النمذجة وإسهامها. فعلى سبيل المثال. فإن المدرس الذى لديه فقط مكانه وقوة إجتماعية متوسطة فى نظر طلابه يمكن أن يجعلهم محافظين على محاكاته أو تقليد سلوكه ببساطه إذا أخبرهم أنه سوف يسألهم بعد أن ينتهى أو يطلب منهم تكرار ما قاله وانه سوف يكافأ الطلاب الجيدين. فى هذه الحالة سيكون الطلاب أكثر انتباها وستكون عمّلية النمذجة أكثر فعالية.

المراجع

جمال الخطيب: تعديل السلوك ـ القوانين والإجراءات ـ المطابع التعاونية ـ عمان ـ الأردن ١٩٨٧م.

Clarizio, Harey, F. : Toward Postive classroom Dicipline 3ed ed john wiley & sons, New York 1980

Hyman, Irwin; Flanagan, Dennis & smith, Kathleen : Discipline in the school (in) turner, S.M., Calhoun, K.s & Adoms, H (1992) handbook of clinical behavior therapy, New York, John Wiley & Sons.

Kazdin, Allan, E. : Applying Behavior principles In the school (in) turnner, S.M. Calhaun. K.S & Adams, H.E (1992) Handbook of clinical behavior therapy, New York, John Wiley & Sons.

الفصل الثامن عشر

تطبيقات العلاج السلوكى
فى مجال الطب والطب السيكوسوماتى
(التغذية البيولوجية المرتده)

يعمل كل من الجسم والنفس كوحدة واحدة متكاملة في مواجهة التوترات التي يتعرض لها الإنسان في حياته اليومية، سواء كانت هذه التوترات نفسية خفيفة كالانزعاج البسيط والخوف والغضب أو شديدة كالحزن والاكتئاب والقلق، أوكانت هذه التوترات فزيولوجية كتلك التي تنتج عن استجابات عصبية وكيميائية مضطربة، الصداع والصداع النصفي والربو الشُعبي وضغط الدم المرتفع وغيرها من الإضطرابات السيكوسوماتية فقد بات معروفاً أن للتوترات النفسية اثارها العضوية العديدة التي تمتد من تغير تعبيرات الوجه كالعبوس والبكاء وغيرها حتى تغير في نشاط العديد من الأجهزة الحيوية للجسم كالجهاز الدوري والتنفسي والبولي والتناسلي وغيرها، كما أن لها تأثيراً على النشاط الكيميائي للخلية، وإضعاف فعالية جهاز المناعة، بل وحتى التهيئة لنمو خلايا سرطانية، ومن ثم حدوث المرض حتى الموت.

وبما أن هذه التغيرات التي تحدث للفرد قد تبقى في منآى عن وعية وخارج نطاق ادراكه وإن شعر بألامها فإنه يبقى غير قادر على التحكم فيها مالم يتم تحقيق إتصال فعال بين ما يتعرض له الفرد من توتر وما يترتب عليه من تغيرات فسيولوجية. وتدريب الفرد على التحكم في هذه التغيرات عن طريق الاسترخاء والتخلص المنظم والتدريجي من الحساسية النفسية وهو ماتسعى إلى تحقيقه عملية التغذية البيولوجية المرتدة. وهكذا تمثل التغذية البيولوجية المرتدة أحد الصور العلاجية التي تتضمن إجراءاتها العديد من الأساليب العلاجية المتنوعة التي يمكن تصنيفها تحت تعديل السلوك أو العلاج السلوكي، ويستفاد خلالها من الكم الهائل من المعلومات المتوفرة في مجال علم النفس الفسيولوجي، ونظريات التعلم والتحليل التجريبي للسلوك الإنساني.

تعريف التغذية البيولوجية المرتدة:-

يعرفها كاتكن وجولدبند Katkin & Goldband 1980 بأنها أى أسلوب يستخدم الأدوات والأجهزة لإمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفه الجسمية التى لايكون على وعى بها بدون هذه الأجهزة، ويعرفها فوللر Fuller 1980 بأنها إحدى الوسائل العلاجية التى يتم خلالها الإستفادة من الكم المتنامى من المعرفة البشرية، وخاصة مايتصل منها بالعلاج السلوكى والطب الجسمى، أو هى عملية التعلم التى تتم بواسطة اجهزة الكترونية معقدة لإمداد المريض بمعلومات وافية عن حالته الفسيولوجية التى لايعى درجة توترها أو استرخاءها حتى يصبح نشطاً فى العملية العلاجية ويحافظ على صحته، وهكذا يتفق الباحثين فى هذا المجال على تعريف التغذية البيولوجية بأنها عملية استخدام أجهزة خاصة تعمل على عكس التغيرات النفسية الفزيولوجية والتى يصعب على الفرد إدراكها أوالوعى بها وذلك بغرض تدريبه على إخضاعها ليسطرته وإرادته، وهكذا تتضمن هذه التعريفات وجود ثلاثة عناصر فى أى تعريف صحيح لهذه العملية هى:-

١- استخدام أجهزة خاصة، وهذه الأجهزة هى فى أغلبها أجهزة الكترونية حديثة ومعقدة مثل أجهزة رسم المخ وتخطيط العضلات، والفعل المنعكس السيكوجلفانى وغيرها، ويمكن وصف هذه الأجهزة بوسائل تعلم Learning tools تساعد المريض على التحكم فى حالته الجسمية اثناء مواقف التوتر والقلق وغيرها.

٢- أن لهذه الأجهزة القدرة على إمداد الفرد بمعلومات عن وظائفه الجسمية التى لايكون على وعى بها وأهم هذه المعلومات: معدل ضغط الدم، وضربات القلب، ودرجة حرارة الجسم، وتوتراته العضلية والنشاط الكهربائى للمخ، والاستجابة الجلفانية الكهربائية

للجلد، حيث يتم وضع اقطاب على الأجزاء المناسبة من الجسم فتعكس حالته بواسطة تغذية مرتدة صوتية أو ضوئية (بصرية).

٣- أن الهدف من عملية التغذية البيولوجية المرتدة هو جعل المريض أكثر وعيا وادراكا بالتغيرات الجسمية واكثر قدرة على إخضاعها لسيطرته ومن ثم يصبح أكثر نشاطاً فى العملية العلاجية ويشبه ميلر Miller 1975 تعلم عملية التحكم فى نشاط الجهاز الدورى مثلا بتعلم اسقاط كرة السلة فى السلة بنجاح، حيث تستخدم العضلات فى دفع الكرة، ويتحقق التعلم من خلال التدريب والتغذية المرتدة، ونفس الأمر بالنسبة للعضلات الملساء والغدد والأوعية الدموية التى هى بمثابة اعضاء يحدث لها التغذية البيولوجية المرتدة طبقاً لنفس القاعدة المستخدمة فى زيادة نسبة التهديف لدى لاعب كرة السلة.

كما يشبه محمد الحجاز (١٩٩٠) دور التغذية البيولوجية المرتدة بدور التعزيز والتوجيه للشخص المعصوب العينين الذى يتدرب على إصابة الهدف باستخدام السهم، فبدون التوجيه المناسب لن يحالفه الحظ إطلاقاً باصابة هدفه، ولكن من خلال التغذية المرتدة التى ترشده إلى تصحيح اخطاءه حتى يصيب هدفه، وتعد الاجهزة المستخدمة بمثابة المرشد أو المعزز فى البداية، وتدريجياً من خلال التدريب والأنواع المختلفة من التعزيز والتدعيم يتعلم الفرد كيف يبقى هذه القدرة بدون عون تلك الأجهزة، ومن ثم يصبح أكثر سيطرة على تغيراته الفسيولوجية المرتبطة بالتوتر، إن مثل هذه السيطرة يمكن اكتسابها بتعامل الفرد مع تلك الأجهزة والتدريب عليها مع تطبيق استراتيجية توليد الأفكار الذاتية outogenic الموحية بالاسترخاء والدفء... الخ. وبعدها يمكن أن "تفطم" المتدرب عن هذه الأجهزة تدريجياً عندما يتحقق

التغير فى الاتجاه المطلوب بالإرادة، وما أن يتمكن المريض من خلق التغيرات المطلوبة من خلال استخدام مايسمى علمياً بالعروة الداخلية Internal Loop حتى تصبح الأجهزة المعنية غير ضرورية.

مجالات تطبيق التغذية البيولوجية المرتدة:-

كانت مجالات تطبيق التغذية البيولوجية المرتدة* فى السابق تقتصر على علاج إضطرابات محددة وخاصة الإضطرابات الجسمية كالصداع وارتفاع ضغط الدم وكذلك إضطرابات سيكولوجية محددة مثل القلق والتوتر ولكن فى الوقت الحاضر فقد توجه الإنتباه إلى علاج كل الإضطرابات التى يسببها التوتر عموماً، كما كثف الإكلينيكين جهودهم فى التدريب على استجابات معينة مثل الإستجابات البيولوجية السلوكية Biobehavioral Responses التى ربما تستخدم لتخفيف بعض الأعراض التى يسببها التوتر مثل الصداع وضغط الدم المرتفع، وهكذا فقد إتسعت المجالات التطبيقية للتغذية البيولوجية المرتدة فى الوقت الحاضر واصبحت تشمل علاج الاضطرابات السيكوسوماتية التى تصيب مناطق تسيطر عليها المجموعة السيمبتاوية والباراسيمبتاوية كالصداع النصفى وإضطرابات وظائف القلب والمعدة والأمعاء، والتبول اللاإرادى، وتم الاستفادة منها فى التخلص من عادة القراءة بصوت مرتفع وهى عادة مجهدة للاحبال الصوتية، وفى إعادة التأهيل العضلى العصبى لحالات الشلل النصفى، والتدريب على رفع حرارة اليدين، والتدرب الحركى الحسى فى نوبات الصرع بالإضافة إلى بعض الإضطربات النفسية كالقلق والفوبيا والاكتئاب والتوتر العام، والأرق والتحكم فى نوبات الغضب، وما يصاحب كل ذلك من تغيرات فسيولوجية وفيما يلى عرض لبعض الأمثلة:-

امثلة للإضطرابات التى يمكن علاجها بالتغذية البيولوجية المرتدة:-

أولا: الإضطرابات النفسية:ـ

أ- القلق والتوتر العام Anxiety and general tension

تمثل زيادة ضربات القلب والتوتر العضلى أهم الإستجابات البيولوجية المصاحبة للقلق ولذلك يوجد مدخلين فعالين فى علاج القلق والتوتر العام الأول هو التدريب على الاسترخاء العميق من خلال اجهزة تخطيط العضلات Electromygraphic (EMG) التى تطبق على مجموعة أو أكثر من العضلات كما سيوضح ذلك فيما بعد، أما الثانية فتعتمد على خفض معدل ضربات القلب من خلال جهاز قياس معدل ضربات لقلب، حيث يدرب المريض على تخفيض ضربات قلبه من خلال لجوءه إلى الاسترخاء وتعميقه بالتخيل ومن ثم الإبقاء عليها منخفضة المعدل، وقد برهن هذا الأسلوب على فعاليته لدى المرضى الذين يعانون من قلق موقفى نوعى، وقد استخدم أسلوب تخطيط الدماغ فى بداية تطبيق طريقة التغذية البيولوجية المرتدة ولكن بدأ يستعاض عنه بالأساليب السابقة لتعقيداته ومادار حوله من شك فى مدى فعاليته.

ب- المخاوف المرضية:ـ Phobia

الخوف المرضى هو خوف غير منطقى من اماكن أو أشياء لاتخيف عادة، ويكون المريض على وعى بمصدر خوفه ولكنه يجهل أسباب أرتباط الخوف بهذا الشئ المخيف، ويرتبط الخوف المرضى بتغيرات بيولوجية مشابهة للتغيرات التى تحدث فى حالة القلق والتوتر من قبيل اسراع التنفس وزيادة ضربات القلب والعرق، وقد سبق الإشارة إلى أهمية استخدام اسلوب الاسترخاء فى علاج هذه المخاوف، كما أن التغذية البيولوجية المرتدة تفيد كذلك إذا استخدمت جنباً إلى جنب مع أسلوب الاسترخاء ويمكن ايجاز الخطوات فى الأتى:ـ

١- تحديد مصادر الخوف، ومعرفة درجاته من خلال المقابلة مع المريض وتطبيق الأدوات المناسبة مثل إختبارات المخاوف.

٢- اعداد مدرج هرمي مماثل لمدرج القلق يرتب تصاعدياً أهم المخاوف من الضعيف إلى الشديد.

٣- الاستفادة من أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة في عملية التشخيص وذلك من خلال مراجعة كل عنصر في المدرج الهرمي للتحقق من صحة التسلسل.

٤- تدريب المريض على الاسترخاء مع الإستعانة بالاجهزة المناسبة، وخاصة أجهزة الفعل المنعكس السيكوجلفاني. ومن ثم يشعر المريض باسترخاء عميق يقاوم الإحساس بالخوف النتائج عن تخيل الموقف الأول الأقل شدة.

٥- تكرار الخطوة السابقة مع الموقف اللاحق (الاكثر شدة) بعد أن يتحقق المعالج أن المريض قد حقق نجاحاً مناسباً في الموقف الأول، وهكذا حتى أكثر المواقف شدة أو خطورة . ويوصى المريض أن يتدرب على هذا الأسلوب العلاجي بدون أجهزة التغذية المرتدة حتى يؤدي ذلك إلى تعميم المريض لهذا الأسلوب في معظم مواقف حياته المرتبطة بالخوف ويصبح أكثر فعالية في السيطرة على مخاوفة والمشاعر البيولوجية المرتبطة بها.

ثانياً: الإضرابات السيكوسوماتية والفسيولوجية

١- الصداع التوتري Tension headache

يعد الصراع الناتج عن التوتر واحداً من أكثر الإضطرابات السيكوسوماتية شيوعاً في الوقت الحالي، بسبب التوترات النفسية والإنزعاج،

وقد بُذلت محاولات قليلة لخفضة باستخدام التغذية الوعائية Vascular، ولكن المدخل الأكثر نجاحاً كان بواسطة التغذية البيولوجية المرتدة باستخدام أجهزة رسم العضلات وخاصة استرخاء عضلات منطقة العنق والرأس، حيث يتركز العلاج على وعى المريض وعلى قدرته على التمييز بين توتر هذه العضلات وإرخائها وتعلم إضعاف توتر العضلات فى جميع انحاء الجسم، وعندما يتعلم المريض تحقيق مثل هذه الأرخاء إزاء المنبهات الموترة فإن الصداع يزول ويتلاشى، وقد اصبح استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الصداع الزمن اسلوباً مقنناً ومعترفاً بفاعليتة فى المراكز العلاجية ومن قبل الأخصائيين مهما كانت أسبابه العضوية.

٢- الصداع الوعائى (النصفى) Migraine

تختلف اعراض الصداع الوعائى عن الصداع التوترى حيث يحدث الصداع النصفى بسبب إضطرابات وظيفية فى الدورة الدموية بالدماغ وغالباً مايكون مسبوق بالغثيان والتقيؤ والإضطرابات البصرية، وتعرف هذه الأعراض بالبوادر، وقد يكون مسبوق بالأكتئاب والتهيج وفقد الشهية للطعام. والإضطرابات الوظيفية فى الدورة الدموية بالدماغ تبدأ بانقباض الأوعية الدموية مما يسبب الأعراض الأولية ثم يتلوها تمدد فى الأوعية الدموية فى منطقة الأم الجافية مما يسبب الشعور بالصداع، أما السبب فى حدوث هذه النوبة من الأنقباض والتمدد فما زالت غير معروفة بعد ويسيطر الصداع على أحد نصفى الدماغ ولذلك يعرف بالصداع النصفى، وفى بعض الحالات يصيب كلا الجانبين. ويعالج الصداع الوعائى طبيا بالمسكنات كالاسبرين والكودايين والأدوية التى تحد من تمدد الأوعية الدموية، ولكن إذ اعطيت الأدوية بعد حدوث التمدد تكون غير فعالة، ولذلك يجب على المريض أن يأخذ العلاج بمجرد الشعور بالبوادر الأولية للصداع، كما أن تعاطى الأدوية

القابضة للأوعية الدموية لها اعراض جانبية مثيرة ولذلك تصبح العلاجات غير الكيميائية للصداع النصفى مرغوبة جداً.

وقد اصبح استخدام التغذية البيولوجية المرتدة طريقة شائعة الاستخدام منذ فترة طويلة وناجحة فى الوقت ذاته، والاستراتيجية العامة للعلاج تقوم على تدريب المريض على زيادة معدل تمدد الأوعية الدموية فى اليدين من خلال رفع درجة حرارة اليد من خلال ربط أصبع اليد بمقاوم حرارى أو بواسطة الايحاء الذاتى (أى الايحاء بان يده ثقيله ودافئه) أو بتخيل اليد فى قفاز أو فى ماء دافئ، ويترتب على ذلك أضعاف الصداع، ويفضل أن يتم ذلك مع بدء ظهور البوادر التى ذكرناها، أى أن العلاج يكون عن طريق التغذية البيولوجية المرتدة لرفع حرارة الجلد فالعلاقة بين حجم الدم المتدفق فى الجلد ودرجة حرارته قوية جداً كما أن أفضل الاجهزة المفيدة فى ذلك هو جهاز المقاوم الحرارى وسيرد الحديث عنه لاحقاً.

٣- زيادة ضغط الدم الأساسى Essential Hypertension

يعد ضغط الدم من الإضطرابات الأخرى للدورة الدموية التى تحدث بسبب عوامل التوتر النفسى، ولكنه غير معروف جيداً أسبابه العضوية فى علم الأمراض إلا أن هناك بعض العوامل المؤثرة فى حدوثه أهمها الوراثة، زيادة نسبة ملح الطعام فى الغذاء (زيادة عنصر الصوديوم) وبعض العوامل العصبية والادرينالية وتتصف هذه الزيادة بارتفاع الضغط الأصغر الإنبساطى (الدياستول) نتيجة انقباض الشرايين المحيطة، ويبقى الضغط مرتفعاً دون شكوى أو أعراض، ولكن تنتاب المريض شعوراً بالتعب والتوتر العصبى والدوار والشعور بالضعف البدنى والصداع أحياناً، ونتيجه لذلك، وإذا لم يعالج المريض يضار القلب لبذله مجهود مضاعف يؤدى إلى تضخمه، ومن ثم تحدث اعراض خطيرة فى مقدماتها الذبحة الصدرية

وجلطات الدماغ والقصور أو الفشل الكلوى وغيرها. ويعالج المرض طبياً بواسطة الأدوية خافضة الضغط، والحد من تناول ملح الطعام، وتناول الأدوية المدرة للبول حيث يطرح معه كلوريد الصوديم خارج الخلايا والأملاح من الأوعية الدموية فيعيد لها استجابتها للجهاز العصبى اللاإدارى.

اما العلاج السلوكى فيعتمد على التغذية البيولويجة المرتدة باستخدام أجهزة الضغط وباستخدام أساليب تكنولوجية حديثة أو بطريقة كورنكوف (السماعة والقميص المطاطى على العضد) أو بالكمبيوتر، مع تخفيض القلق والتوتر المصاحبان لارتفاع ضغط الدم، ولذلك يستخدم أكثر من جهاز فى الوقت ذاته مثل جهاز تخطيط العضلات، وجهاز قياس ضغط الدم، وجهاز استجابة الجلد الجلفانية GSR والمقاوم الحرارى فى وقت واحد..

٤- اضطراب معدل ضربات القلب Cardic rate disorders

إضطرابات معدل ضربات القلب قد يكون بالزيادة أو النقص أو عدم الانتظام، وقد تحدث بسبب القلق والتوتر، وقد تؤدى أيضاً للقلق والتوتر للمريض الذى يبالغ فى وعيه بقوة ضربات قلبه وسرعتها وعدم انتظامها والمراقبة المتزايدة لمدى انتظام ضربات القلب بفعل وجود مرض مزمن فيه نتيجة للقلق والإضطرابات الإنفعالية، كما يؤدى حدوث فقر الدم والأزمات الربوية إلى حدوث هذا الإضطراب. ومن السهل قياس معدل ضربات القلب وافضل الأجهزة المستخدمة فى ذلك هو جهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب (EKG) ويتم توصيلها بالساعد والرسخ، اما بالنسبة للعلاج بالتغذية المرتدة فتسخدم كذلك اجهزة من قبيل المقاوم الحرارى وجهاز تخطيط العضلات لتدريب المريض على السيطرة على معدل ضربات القلب، كما تستخدم نفس الطريقة لمعالجة اضطرابات نوعية مثل عصاب القلب، وغالباً مايتم ذلك فى مراكز العناية المركزة (المكثفة)

٥- إضطرابات وظيفية عضلية محددة Specific musclar dysfunctions

للعضلات كغيرها من الأنسجة خاصية التهيج، أى القدرة على الرد على المنبهات، ولكن الوظيفة الأساسية للعضلات التى تميزها عن بقية الأنسجة هى القدرة على الإنقباض أو التقلص، ويرافق تقلصها نقص طولها وزيادة سمكها ولايتغير حجمها، وتنشط العضلات بتأثير المنبهات العصبية التى تأتى إليها من الجهاز العصبى المركزى، ويحدث تقلص العضلات المخططة إرادياً أما العضلات الملساء فتتحرك لاإرادياً، كما تتصف العضلات بالمرونة أى قدرتها على الإمتداد وعندما تزول الأسباب تعود العضلة إلى وضعها السابق، ويعد التقلص التوترى للعضلات أحد الصور العديدة للإضطرابات العضلية.

وتعد التغذية البيولوجية المرتدة باستخدام جهاز تخطيط العضلات للإضطرابات العضلية أحد الاشكال الشائعة فى مجال الطب التأهيلى، وهناك ثلاثة طرق يمكن تطبيقها فى هذا الشأن:-

أ- الكشف والتغذية المرتدة للجهود العصبية العضلية فى العضلات التى لا تعمل حالياً، كما فى حالات مثل الشلل النصفى وتلف العصب، والانتكاسات الفسيولوجية.

ب- كف أو ايقاف النشاط الحركى غير المرغوب كما فى حالات الشلل التشنجى لعضلات العنق والتشنجات العضلية الاخرى.

جـ- التنسيق والتحكم فى تسلسل سلوك العضلة كما فى حالة ضبط سلس البول أو الغائط.

٦- التفاعلات المركزية للألم Localized pain reactions

بالإضافة إلى استخدام جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات فى علاج الصداع التوترى، والتحكم فى درجة حرارة وإضرابات نشاط القلب والصداع

النصفى، فان هناك محاولات عديدة لاستخدامه فى خفض صـور أخـرى مـن الألم كاستخدام التغذية المرتدة لنشاط عضلة الفك فى خفض الآلالم المصاحبة لتعديل اربطة الفك (Tempero-mansibular joint (TMJ، فالتعقيد الشـديد فـى توتر العضلة المرتبطـة بتعديل اربطـة الفك يرتبط بحك الأسنان bruxism (وهى عملية تحريك الأسنان بدون أكل وخصوصا أثناء النوم).

٧- الاضطراب الوظيفى الجنسى Sexual dysfunction

رغم أنه ليس من التطبيقات الشائعة استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الإضطرابات الجنسية فقد اجريت بعض الدراسـات التـى أوضحـت دور التغذية البيولوجية للتدريب على التحكم فى حجم الدم المتدفق فى العضو الذكرى للاشخاص الذين يعانون من العنه،ويرى الطب أن لهـذا الإضطـراب اربعة اسباب:-

أ- الأمـراض التـى تصيـب الجهـاز التناسـلى والعيـوب الخلقيـة والتهـاب البروسـتاتا.

ب- الأضطرابات التى تصيب الغدد الصماء مثل هرومونات الذكـورة وهرمون الغدة الدرقية.

جـ- الأمراض المتوطنة كالبلهارسيا والداء السـكرى، وعوامـل أخرى كالتعب والتعرض لأشعة اكس وادمان الكحوليات والمخدرات.

حـ- العوامل النفسية كالشعور بالنقص نتيجه القـذف المبكـر وكراهيـة الرجل لزوجتة.

ويـرى محمـد الحجـار (١٩٩٠) أنـه يمكـن اشـراك التغذيـة البيولوجيـة المرتدة مع أساليب العلاج السلوكى الأخرى كالتعزيز والاسـترخاء، والتنويـم الذاتى المقترن بالإيحاءات الايجابيـة مـن خـلال استخدام اجهـزة مثـل الفعـل المنعكس السيكوجلفانى وجهاز انتصاب القضيب.

كما ينجح العلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة فى علاج العديد من الإضطرابات الأخرى لايتسع المجال لعرضها بالتفصيل مثل الإضطرابات المعدية والمعوية كالتهيج المعوى وقرحة المعدة والقولون العصبى والربو الشعبى وعسر الطمث وسلس البول والغائط واللجلجة والأرق والتدخين وغيرها.

وربما يعد من أكثر الأمور أهمية فى عملية التخطيط للعلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة للإضطرابات السابقة قياس طبيعة المشكلة المطلوب علاجها والدقة فى تحديد الأعراض، إن اختيار أحد أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة المساعدة فى العلاج لايجب أن يتم بناءاً على تقديرات المريض حول مايعانيه من أعراض فقط، ولكن يجب أن يتم بناءاً على تحليلات دقيقة للأسباب المؤدية لهذه الأعراض. فإذا كان لدينا مريض يعانى من الصداع فيجب اذن أن نحدد تاريخه المرضى بعنايه، ونحدد أسباب المرض التى قد ترجع إلى توتر فى عضلات العنق والرأس أو إلى إضطراب الدورة الدموية فى الدماغ، كما أنه من الضرورى عند التعامل مع أعراض الألم الإهتمام بتحليل الأسباب المؤدية له قبل تحديد أى أسلوب علاجى.

الأجهزة المستخدمة فى التغذية البيولوجية المرتدة:-

توجد العديد من الأجهزة المستخدمة فى رصد التغيرات الفسيولوجية الطارئة يتم توصيلها بجسم المفحوص عن طريق أقطاب أو (لواحب) ويتم من خلالها نقل الإشارات والنبضات الى الجهاز الذى يقوم بتنقيتها وإظهارها ورسمها أو إعطاء بيان كمى عنها، وكل جهاز تم إعداده للغرض الذى يستخدم من أجله ويجب أن يتوفر فى كل جهاز عنصرى الأمان والفعالية أو الدقة.

١ – الأمان Safety

ويقصد بالأمان هنا الأمان العضوى لكل من المريض والمعالج فلا يترتب على استخدامه أى أذى لأى منهما نتيجة الصدمات الكهربائية أو الأشعاع الضار أو غير ذلك، حيث من المحتمل أن تحدث زيادة فى شدة التيار على جسم المريض وهو أحد الأسباب الأساسية لخطر حدوث الصدمات الكهربائية وهنا تكون وظيفة مثبت التيار فى غاية الأهمية، كما قد يحدث خطر زيادة شدة التيار كنتيجة محتملة لأخطاء فى تصميم الجهاز، أو عطب مفاجئ فيه أو لأخطا القائمين على تشغيله، ولحسن الحظ. فإن مقاومة سطح جلد المريض للتيار تمثل إحدى وسائل الحماية الطبيعية ضد الصدمات الناتجة من زيادة قليله فى فرق الجهد. فعلى سبيل المثال إذا كانت مقاومة الجلد ٢٥٠٠ أوم/سم٢ لعدد اثنين من الاقطاب التى مساحة الواحدة منها سم٢ واحد فان زيادة فرق الجهد بمقدار ٥٠فولت تؤدى الى زيادة شدة التيار بمقدار ١٠ ملى أمبير وهى زيادة ضعيفة.

ويؤكد الأطباء ان اجهزة التغذية البيولوجية المرتدة المستخدمة حالياً تتمتع بالأمان الكافى إذا استخدمت طبقاً للتعليمات.

٢ – فعالية الإستخدام: Effective use

لتحقيق الفاعلية فى عملية قياس التغيرات البيولوجية يجب توصيل الاقطاب بالمريض، ويجب ان تصنع الأقطاب من مادة جيدة التوصيل للكهرباء مثل الصلب الذى لايصدأ Stainless steel أو من خليط من الفضة/ كلوريد الفضة Silver/ Silver chlorid، كما يجب ان توضع مادة موصلة بين الأقطاب وجلد المريض وتعرف هذه المادة بالإلكتروليت Electolyte وذلك لتحسين التوصيل وتقليل خطأ القياس، كما يجب أن تثبت الأقطاب بطريقة جيدة، واحيانا نصبح فى حاجة الى غسل المنطقة التى تثبت فيها

الأقطاب بالصابون ومسحها بالأسيتون وتجفيفها جيداً بمادة جيدة الإمتصاص كالمناديل الورقية لإزالة الخلايا الميته من سطح الجلد، ودهون الجلد وأيه مواد أخرى توجد على سطح الجلد تعوق فاعلية الأقطاب فى تحقيق الأتصال الجيد وغالباً ما تستخدم هذه الإجراءات مع أجهزة تخطيط العضلات والرسم الكهربائى للمخ، ونادرة الإستخدام مع أجهزة التغذية البيولوجية لوظائف القلب.

وأهم هذه الأجهزة ما يلى:-

أولا: جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات Electromygraphy (EMG)

ويعرف بجهاز مقياس استرخاء ـ تقلص العضلات، ومنطق استخدامه يعتمد على أن السيالات العصبية الصادرة عن الأعصاب الحركية تحدث تقلصاً فى الألياف العضلية وينتج عن تكرار هذه السيالات تقلص العضلة ويقوم الجهاز بتضخيم النشاط الكهربائى الصادر عن العضلات ويحولها و يترجمها إلى اشارات سمعية أو بصرية تنعكس فى تزايد نشاط الجهاز أو نقصانه، ومن ثم يستطيع الفرد إدراك التغيرات الطارئة على نشاطه العضلى والذى لم يسبق أن لاحظه.

وتثبت اقطاب الجهاز على عضلات الجبهة والعضلة شبه المنحرفة أعلى الظهر، وعضلات العضد، وفى المعصم أو رسغ القدم. مع الوضع فى الإعتبار أن الأقطاب الموجودة على عضلات الجبهة تلتقط خليطا من نشاط السيالات العصبية للدماغ والسيالات العصبية للعضلات. وقد استخدمت طريقة الاسترخاء بالمشاركة مع التغذية البيولوجية المرتدة للعضلات فى تخفيف آلام الصداع التوترى وفى مساعدة مرضى الشلل النصفى وحالات الشلل الثانوى الناتج من شلل الأطفال وآلام المفاصل وآلام عضلات الوجه الناتجة من تقلص العضلة بفعل العصب السابع وآلام الاسنان والرقبة كما

استخدم هذا الجهاز فى علاج إضرابات غير عضلية مرتبطة بالتوتر كالربو الشعبى وارتفاع ضغط الدم الشريانى والقلق المزمن والفوبيا والأرق. وأغلبها يعالج مقرونا بالتدريب على الاسترخاء.

ومن المفيد استخدام حجم كبير من التخيل ليفهم المريض الكيفية التى تعمل بها أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة ومنها جهاز (EMG) حيث يطلب من المريض أن ينصت إلى عضلاته الموجودة تحت جلده وان يلاحظ درجة التوتر فى هذه العضلات عندما يطلب منه انقباضها، وملاحظة انحراف المؤشر فى عداد الجهاز، أو سماع الاشارة الصوتية الدالة على الإنقباض، ومن ثم تفسيرها للمريض بكونها تمثل التوتر العضلى، وهذه التفسيرات تجلعه يفهم بشكل أوضح العلاقة الكائنة بين حركة المؤشر والصوت المسموع وبين مايقوم به المريض من حركات، وأنشطة عضلية.

ويمكن القول أن هذا الجهاز من أكثر أجهزة التغذية البيولوجية المرتده فعالية ونفعا لما يتميز به من خاصيتين هما: أنه يصلح للتدريب على الاسترخاء العام والنوعى، ولكونه يعد مكملاً للأنواع الأخرى. وقد يلجأ الطبيب لاستخدام جهازين اثنين من (EMG) فى التدريب على حركة متآلفة لمجموعات عضلية فقد يحتاج إلى استخدام جهاز لزيادة تقلص العضلات فى مجموعة عضلية معينة وخفض التقلص أو انعدامه فى مجموعة أخرى (محمد الحجار ١٩٩٠)

ويلخص الحجار (١٩٩٠) خطوات التدريب على استخدام جهاز تخطيط العضلات فى الآتى:-

١- حضر الأقطاب (أمسحها ونظفها ــ ضع المادة الناقلة أى الكريم أو الأطواق).

٢- ثبت الأقطاب (في جهة الرأس، والعضلة شبه المنحرفة)، بَعد القطب الفعال عن الآخر حوالي ٤ بوصات وضع القطب الأرضي (ذا اللون الأسود) على التراكيب العظمية.

٣- شغل الجهاز (لاتوجد تغذية راجعة).

٤- تأكد من سلامة البطاريات (بدل البطاريات إن كانت ضعيفة)

٥- تأكد من مقاومة الأقطاب (أعد تثبيتها إذا دل مؤشر العداد على وجود إرتفاع)

٦- لاحظ تغيرات الفولت المتناهي في الصغر وذلك من خلال:-

أ - عدل الحساسية لتكون إبرة المؤشر في المنتصف.

ب - إجرى اختباراً سلوكياً أي أُطلب من المتعالج أن يقبض عضلة للتأكد من استجابة المؤشر.

جـ - آلف المتعالج على إشارات الجهاز، وتأكد من أنه يرغب في اشارة صوتية معتدلة غير مزعجة.

د- أُطلب من المتعالج أن يسترجي بالقدر الذي يستطيعه كي يلاحظ انخفاض مؤشر العداد.

٧- أُطلب من المتعالج اتخاذ الوضعية الصحيحة في الجلوس، بدون تحرك إطلاقاً لأن الحركة تحدث استجابة في مؤشر العداد.

٨- إعطه تعليمات الاسترخاء.

٩- أرصد مدى تقدم المريض في عملية الاسترخاء أما بخط بياني أو بالكمبيوتر.

ثانياً: جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ Electroencephalography (EEG)

يقوم جهاز التخطيط الكهربائي بتسجيل الذبذبات أو الجهد الكهربائي الصادر عن اجزاء الدماغ وخاصة القشرة اللحائية، وقد اكتشفها الطبيب

الانجليزى كانون Cannon 1875 فى دماغ الحيوانات، وأيد صدورها من مـخ الأنسـان العـالم الألمـانى هـانزبرجر Berger 1942 ويقـاس الجهـد الكهربـائى الصـادر عن الدماغ بالميكروفولت (أى بالجزء من الالف من الفولت) وتسجل الذبذبـات علـى شـريط ورقـى تتضـح عليـه شـكل الموجــه وعـدد الموجـات الصادرة فى الثانية وسعة الذبذبة. وتصنف الموجات الصادرة عن الدماغ إلى أربعة أنواع أساسية ترتب على حسب عدد الذباذبات فى كل منها كما يلى:-

١- موجـات دلتـا Delta ويتراوح عـدد ذبذباتهـا بيــن ١-٣ ذبذبــه/ث وتظـهر فى حالات النوم العميق وفى الأشخاص الواقعين تحت تأثير عقار مخدر وفى الحالات المرضية التى تعانى من نقـص أو فقدان الوعى (الشعور).

٢- موجات ثيتا Theta ويتراوح عدد ذبذباتهـا بيـن ٤-٧ ذبذبـات/ث وتظهر فى مرحلة الغفوة من النوم.

٣- موجات الفا Alpha ويتراوح عـدد ذبذباتهـا مـن ٨-١٣ ذبذبـة/ث. وتظهـر فــى حــالات الاســترخاء والتــأمل والهـــدوء المصحــوب باغـــلاق العينين.

٤- موجات بيتا Beta ويـتراوح عـدد ذبذباتهـا بيـن ١٤-٣٠ ذبذبـة/ث وتظهر فى حالات النشاط العقلى، وتركيز الانتباه والقلق أو التوتر.

كما أن هناك انواع معينة من الموجات لاتوجد إلا فى حالات مرضيـة معينـه، ففـى حـالات الغفـوة الصرعيـة، والنوبـات الصرعيـة القصـيرة توجـد موجات تعرف باسم الموجـة والشـوكة Wave and spike حيـث تكـون كـل موجة مقوسة فى نهايتها ذبذبة حادة مدببة الطرف كالشوكه، وقد تـأخذ شـكل موجة وشوكات وتكون مثل هذه الموجات فى مرضـى الصـرع وتكـون ذات سعة عالية تأتى فجأة وتختفى فجأة.

وموجات الدماغ هذه ماهى إلا نتاج للنشاط الكيميائى الكهربائى الذى يحدث فى خلايا الدماغ ويتم تسجيل هذا النشاط من الخلايا العصبية فى القشرة اللحائية للدماغ والتى تكون عادة تحت سيطرة الجهاز الشبكى المنشط فى جذع المخ، ويتم نقل هذه الذبذبات إلى الجهاز عن طريق نوعين من الأقطاب احدهما مطلى بكلوريد الفضة والأخرى اقطاب اسفنجية ويعرف النوع الأول بالأقطاب المعدنية وتكون على شكل أقراص أو أقماع تثبت على الدماغ بواسطة رباط مطاط أو مادة لاصقة توضع على سطح القطب، أما القطب الاسفنجى فيحتاج إلى محلول ملحى ناقل للكهرباء (الكتروليت)، ويجب تنظيف فروة الرأس عند تثبيت الأقطاب لإزالة أى عازل يمنع انتقال الكهرباء، وعادة تثبت الأقطاب على المنطقة الجدارية القنوية (الخلفية) من الدماغ.

ولتدريب المريض على التغذية البيولوجية المرتدة بجهاز (EEG) يطلب منه إغلاق عينيه لتجنب تشتيت الإنتباه، وإضعاف موجات الفا الصادرة عن الفص الخلفى، ثم يتم تعويد المريض على الصوت الذى سيسمعه عند انتاج الترددات المرغوبة ومن ثم يطلب منه الجلوس ساكنا بلا حراك. كما يتميز الجهاز بقدرته على توضيح كل من سعة الموجة وتردداتها ويحدد التردد المطلوب والذى غالباً ما يكون تردد موجات الفا ويطلب من المريض أن يبقى تردد دماغه عند هذا المدى من خلال الاسترخاء والتأمل حتى يتدرب على تحقيق هذا الهدف ويتراوح عدد الجلسات المستخدمة فى ذلك بين ٤-١٤ جلسة عادة ولكن يمكن زيادة عدد الجلسات عن ذلك على حسب مقدار التحسن فى حالة المريض.

ويصلح هذا التدريب بالتغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الأرق، والوساوس القهرية والاكتئاب المصحوب باجترار الافكار، وإضطرابات القرأة وتركيز الإنتباه، وإضعاف الألم ولمرضى الصرع.

ويعرض محمد الحجار (١٩٨٧) مثال لحالة مريضة، وهو طبيب عمره ٣٦سنة يعانى من مشكلة الأرق حيث ينام يوميا من عشر سنوات بين ٣-٤ ساعات فقط دون أية اضطرابات أخرى وهو سعيد فى عملة وعلاقته الزواجية ويمارس الرياضة ويأكل جيداً ويشعر بتحسن خفيف عند تناوله الدواء Dalamane ولكن حالته ساءت فى السنوات الثلاثة الأخيرة وبدأ يسعى للعلاج. فوصف له ممارسة الاسترخاء المتصاعد العضلى وفق طريقه جاكسون (التمرين المتناوب للتوتر والاسترخاء) بمساعدة جهاز (EEG) حيث طلب منه ممارسة الاسترخاء مرتين يومياً واستشارة المعالج مرة واحدة اسبوعياً وفى كل أسبوع كان تخطيط دماغه يبدى تحسناً واضحاً أثناء الجلسة العلاجية بدأت بـ ١٦ ذبذبة/ث ثم صارت ٩ ذبذبات/ث فى الجلسة الثالثة وفى الاسبوع الثانى عشر وصل إلى ٦ ذبذبات/ث، وفى الاسبوع الرابع عشر توقف عن تعاطى الدواء فنام مابين ٧-٨ ساعات يوميا ويدخل نوماً عميقاً بعد حوالى ١٥ دقيقه وقد انهى هذا الطبيب علاجه من الأرق وإضطراب النوم بعد ١٨ جلسة، وبعد مراقبة علاجية له وتتبع لحالته لمدة ستة اشهر اظهر نموذج نوم ثابت مدته بين ٧-٨ ساعات يومياً.

ثالثاً: أجهزة قياس النشاط والتغذية البيولوجية للجهاز الدورى:

أ- جهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب:- Elctocardiography (EKG)

يتم قياس معدل ضربات القلب بواسطة توصيل اقطاب بطريقة ما يتمكن معها قياس النشاط الكهربائى للقلب النابض أو الرسم الكهربائى لوظائف القلب،ويتميز النشاط الكهربائى لوظائف القلب بتعقيد شكل موجاته،

إحداها حادة الجهد تسمى الموجه R تنتج عن تسارع ضربات البطين الأيسر، وفى عملية التغذية البيولوجية المرتدة لمعدل ضربات القلب يتم عادة خفض الموجات الحادة بواسطة الاسترخاء.

ولغرض التغذية البيولوجية المرتدة لمعدل ضربات القلب تستخدم عادة ثلاثة اقطاب إثنان منهم للقياس والثالث معيارى (مرجعى) حيث يوضع إحداهما على رسغ القدم الايسر والأخر على الساعد الايمن أما القطب المعيارى فيوضع على رسغ القدم الايمن للمريض. ويمثل استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى زيادة ضربات القلب أمراً أكثر سهولة من استخدامها فى خفض معدل ضربات القلب المتسارع، فقد يمكن تحقيق زيادة فى معدل ضربات القلب بدون الحاجة إلى تغذية مرتدة.

ب- قياس حجم الدم المتدفق Blood volume assessment

فى العديد من التطبيقات الطبية باستخدام التغذية البيولوجية المرتدة تستخدم قياسات حجم الدم المتدفق فى الأجهزة المحيطة من الجسم، فحجم الدم المتدفق يعتمد أساساً على حالة التمدد أو إنقباض الأوعية الدموية فى هذه الأجهزة، وتوجد ثلاثة طرق صالحة لهذا الغرض هى تخطيط نسبة الزيادة فى كرات الدم الحمراء plethysmography، والحس الحرارى Temperature sensing، والإجهاد الألى للوصلات Mechanical Tranductions وتعتمد الطريقة الأولى فى قياس تدفق الدم على حقيقه مؤداها أن التغيرات العضوية تؤدى إلى تغير معامل انعكاس أو معامل نفاذيه الضوء فى الأغشية نتيجة تغير معدل تدفق الدم فيها ومن ثم يوضع مصدر ضوئى وخلايا ضوئية Photocell (وهى خلايا لها القدرة على تحويل الطاقة الضوئية إلى طاقة كهربية) على الجانبين المتقابلتين لاحد الاجهزة أو الأنسجة مثل شحمة الأذن

(الأذن الخارجية) فتعتمد كمية الضوء الماره فى هذه الحالة والتى تصل إلى الخلايا الضوئية على كمية الدم المتدفق فكلما ذادت كميات الدم قلت معدلات نفاذية الضوء. كما تستخدم طريقة أخرى تعتمد على كمية الضوء المنعكس من سطح الجلد كمؤشر لمعدل تدفق الدم. غير أن هذه الطريقة تعطينا أكثر معدل التغير فى تدفق الدم وليس كميته المطلقه، وتستخدم فى التدريب على تغيير معدل التدفق فقط وكذلك فان فى استخدامها بعض المعوقات فى التطبيقات العلاجية على المدى البعيد ولكنها تمتاز ببساطتها ورخص التكلفة وعدم الخطورة فيها.

أما الطريقة الثانية فتعتمد على الحس الحرارى فحينما يتوارد الدم بمعدل أعلى فى الأنسجة فيترتب عليه تدفئة هذه الأنسجة وهذه الحرارة تتدفق بالإشعاع إلى الخارج (كاشعاع الحرارة من الجلد إلى البيئة الخارجية) وكلما ذاد توارد الدم زادت درجة حرارة الانسجة ويستخدم لقياس هذه الحرارة جهاز يعرف بالثيرمستور أو المقاوم الحرارى Thermistor ولهذا الجهاز القدرة على اختزال المقاومة الكهربائية مع زيادة درجة الحرارة فإذا مر تيار كهربائى خلال المقاوم الحرارى الموضوع على نسيج ما فإن كمية التيار المتدفقة فى الجهاز تكون مؤشرا لدرجة حرارة النسيج ومن ثم معدل تدفق الدم فى العضو والتى تختلف من عضو إلى آخر.

وأخيراً تعتمد الطريقة الثالثة على أن الإجهاد الكهربائى للبلورات ينتج جهد صغير يتناسب مع فقدان الإجهاد الميكانيكى على البلورات.

جـ- قياس ضغط الدم: Blood Pressur

يمثل خفض ضغط الدم فى الأشخاص الذين يعانون فرط الانفعالية أملاً كبيراً للعاملين فى مجال التغذية البيولوجية المرتدة، وقد تم التغلب على العديد

من العوائق النظرية والتكنيكية لتحقيق هذا الهدف. ويعتمد قياس ضغط الدم على حقيقة مؤداها حدوث صوت نتيجة الأنغلاق الجزئى للوريد. ويعرف الصوت بصوت كورتكوف Korotkoff والذى يمكن قياسه بواسطة الحس الإنسانى أو الالكترونى. وقد دلت الملاحظات أن ضغط الدم فى الظروف الطبيعية ثابت، وإن تغير تكون التغيرات طفيفة، ويرتبط مقدار الضغط الدموى بسببين رئيسيين أولهما هو تلك القوة التى يتدفع بها الدم من القلب عند انقباضه، والثانية هى مقاومة جدران الأوعية الدموية وهذه المقاومة على الدم يمكن تخطيطها اثناء الحركة. وحيث أن العامل الثانى ثابت تقريبا فان قياس الضغط يعتمد أساساً على العامل الأول بشكل خاص فأثناء انقباض البطينان يكون الضغط اعلى مما هو عليه اثناء انبساطهما ولذا يميز بين الضغط الاعلى (السيستول) والضغط الأدنى (دياستول) ويحدد كذلك الضغط النبضى الذى يعبر عن الفرق بين الضغط الأعلى والأدنى.

ويجرى قياس ضغط الدم عملياً فى الشريان العضوى حيث يتراوح الأعلى بين ١١٠-١٢٥ مم/زنبق، والضغط الأدنى ٦٥-٨٥مم/ زئبق ويكون عند الأطفال أقل وتعد طريقة كورتكوف أفضل طريقة لقياس الضغط باستخدام مقياس الضغط الدموى ويتكون الجهاز من انبوب زئبقى وكيس مطاطى وكرابه (كره مطاطيه مجوفه يمكن بها دفع الهواء فى الكيس المطاطى) ويتصل الأنبوب الزئبقى بالكيس المطاطى والكرابة بواسطة انابيب مطاطية، حيث يلف الكيس المطاطى أعلى عضد المفحوص ثم توضع السماعة على حفرة الساعد، ويضخ الهواء فى الكيس المطاطى بواسطة الكرابة حتى يصبح الضغط داخله اعلى من الضغط المتوقع للمريض ومن ثم يتوقف سريان الدم فى الشريان العضدى وبتخفيف الضغط تدريجياً داخل الكيس المطاطى باطلاق الهواء منه بواسطة لولب خاص حتى يظهر فى

السماعة صوتاً خاصاً وعندها يحدد مستوى الزئبق فـى الانبـوب وهـذا يحـدد مقدار الضغط الأقصى وبعدها يستمر اطـلاق الهـواء مـن الكيـس المطـاطى حتى يغيب الصوت فى السماعة وفى هذه اللحظة يحـدد مسـتوى الزئبـق فـى الأنبوب وهذا يقـابل الضغـط الأدنـى فـى هـذا الشـريان (تاتـارينوف ١٩٨٣) ويعاب على هذه الطريقة عند استخدامها فى التغذية المرتدة أن النفخ المستمر للكيس المطاطى يؤدى إلـى تشـتت انتبـاه المريـض ولذلـك تسـتخدم بـدلاً منـه مايعرف بتقنيه القميـص الثـابت constant-cuff والـذى يزودنـا بقيـاس ضغـط الدم النسبى مع كـل ضربـة قلـب فتكـون بذلـك هنـاك تغذيـة راجعـة مسـتمره للمريض. وهناك طريقة أخرى تعرف بطريقة قياس سرعة الموجـة النابضـة ولايستخدم فيها القميص المنفـوخ ولكنهـا تسـتعمل الكترونيـات معقـدة تعطـى تغذية راجعه مشابهه على أساس ضربة قلب بضربة قلب Beat to Beat وقـد ظهرت هذه التقنية فى عام ١٩٧٦م وتعتمد على قياس سرعة موجـة النبـض القلبى حتى وصولها إلى مستشعرات الشريان العضدى، وكلمـا تزايـد سـرعة موجه النبض كان الضغط اعلى وتعكس سرعة موجة النبض تغيرات ضغـط الدم الطارئه.

هذا وقد اكدت المعطيـات التجريبيـة فعاليـة تقنيـات التغذيـة البيولوجيـة الراجعـة فـى تخفيـض الضغـط الشـريانى عنـد المرضـى، وأن مـزج التغذيـة البيولوجية المرتدة مع أساليب الاسترخاء تصبح أكثر فعالية، وحيث أنـه مـن المعروف أن ارتفاع ضغط السيستول هـو المسئول عن المـرض والوفيـات أكثر من ضغط الدياستول، ولذلك فـإن التدريـب ينصـب علـى خفـض ضغـط السيستول بالتغذية البيولوجية المرتده وهو العلاج المفضـل للاشـخاص الذيـن تزيد اعمارهم عن ٤٥ سنة والنساء فى كل الأعمـار، أمـا الضغـط الشـريانى **الأصغر (الدياستول) فله علاقة بالمرض والموت عند الشباب لأنه يؤدى إلـى**

زيادة المقاومة المحيطية الوعائية بفعل تصلب الشرايين، ولذلك فان خفض الدياستول أكثر استخداماً مع الشباب. كما أن التدريب على التغذية البيولوجية بأجهزة قياس ضغط الدم فى مكان هادئ خال من المؤثرات لايكون كافياً وفعالاً فى علاج مرضى الضغط الشريانى أو اولئك الذين هم على الحد الأعلى السوى من الضغط لان الضغط لايرتفع عندهم إلا فى الظروف البيئية المؤثرة، لذلك فإن التدريب الفعال يكون باضعاف ردود الفعل إزاء المنبهات الخارجية الموتره، وإزالة حساسيتهم ضد هذه التوترات، ومن ثم مساعدتهم على تعميم الخبرات المتعلمة المضادة للتوتر فى مواجهة التوترات والشدائد اليومية للحياة، وهذا يمكن تحقيقه بتعريضهم لمؤثرات مماثلة للمؤثرات التى يواجهونها فى حياتهم اليومية من خلال لعب الدور Role - Playing أو التخيل فى الوقت الذى يبقى المريض سيطرته على الضغط الشريانى (محمد الحجار ١٩٩٠).

رابعا: أجهزة دراسة التغيرات الجلدية:-

أ- جهاز قياس حرارة الجلد (المقاوم الحرارى)

ويستخدم هذا الجهاز لتدريب المريض على رفع درجة حرارة اليد أو القدم مما يؤدى إلى السيطرة على بعض نشاط المجموعة السيمبتاوية والخاصة بتوسيع الأوعية الدموية وتدفق الدم وتنظيم جريانه فى الأوعية المحيطة ومن ثم رفع حرارة اليد. فمن المعروف أن حرارة الجلد تتأثر بحجم الدم المتوارد فى أوعيته، حيث تتأثر حرارة الجلد بعدد من العوامل الخارجية كبرودة الجو أو الوسط المحيط وتعاطى الكحول وبزيادة نسبة الأدرينالين وثانى اكسيد الكربون والهستامين فى الدم، كما تتأثر حرارة الجلد بعوامل من قبيل التوتر الإنفعالى والقلق. حيث تؤدى هذه العوامل إلى انقباض الأوعية الدموية بالجلد وبرودة الأطراف، ويبنى عمل هذا الجهاز على عكس العوامل

السابقة أى حدوث استرخاء ومن ثم اتساع الأوعية الدموية وزيادة توارد الدم فى الأطراف وارتفاع درجة حرارتها حيث يوصل الجهاز باحدى أصابع اليد أو القدم دون شده إليها بقوة حتى لايعيق حركة الدم فى الأوردة، ثم تعطى التغذية المرتدة اللازمة (صوتية أو ضوئية) ويلاحظ مقدار الارتفاع فى حرارة الجلد مع ملاحظة ضرورة وضع عازل بين الجلد والمقاوم الحرارى، كما يجب أن نعلم أن هدف القياس هو التغير فى درجة الحرارة وليس درجة الحرارة فى حد ذاتها، ويصلح هذا الجهاز فى علاج مجموعة متلازمات رينولد (برودة الأطراف الناتجة عن انقباض الأوعية الدموية المحيطة بفعل فرط التنبيه فى المجموعة السيمبتاوية)، والصداع النصفى والتوترى، وحالات الربو الشعبى، وفى التأكد من فعالية التدريب على الاسترخاء للمرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة.

ويعرض الحجار (١٩٩٠) بعض الطرق السلوكية المستخدمة مع جهاز المقاوم الحرارى لتغيير حرارة الجلد.

أ- الإشراط المباشر direct conditioning ويتم فى الخطوات الأتية:-

١- يطلب من المتدرب النظر إلى مؤشر العداد أو الضوء الصادر عنه أو البيان الرقمى له.

٢- يُعلم المتدرب أن الجهاز يقيس حرارة اليد، وأنه إذا تم رفع حرارتها سيكون هناك تغير فى مؤشر الجهاز.

٣- يطلب من المتدرب تجربة عدة طرق لرفع حرارة يده حتى يتم العثور على أفضل طريقة.

٤- يخبر المتدرب بالتغيرات الحادثة ليُحفز على زيادة التغيير.

٥- يعطى المتدرب الايحاءات المختلفة لتسهيل رفع درجة الحرارة أو تبديلها حتى يتم العثور على الايحاءات الأكثر فعالية.

٦- يتم التدريب على التغذية البيولوجية بجهاز تخطيط العضلة أو بغيره اثناء رصد الحرارة، وعندما ترتفع خلال التدريب يخبر المتدرب بذلك كى يستمر فى محاولة رفع درجة حرارة اليد بالخبرة التى وصل اليها.

ب- تقنيات الاسترخاء: وتتضمن التقنيات الأتية:-

١- يؤدى التدريب على الاسترخاء إلى زيادة فى حرارة اليد وذلك عند تخفيض مستويات التوتر النفسى وخاصة استرخاء عضلات الكتف والساعدين واليدين بالمشاركة مع تخيل انتشار الحرارة فى اليد.

٢- التدريب على توليد الأفكار autogenic وبخاصة التدريبات الموجهة نحو الشعور بثقل الأطراف وانتشار الحرارة فيها قد يؤدى إلى تزايد حرارة اليد وخاصة إذا كان مقروناً بالحدث الذاتى.

٣- الاسترخاءات قصيرة المدى تنجح فى تحريض الاستجابة الاسترخائية ورفع حرارة الجلد.

جـ التخيل:-

ترمى أساليب التخيل إلى زيادة فعالية الاسترخاء، مثل تخيل الفرد نفسه مستلقياً على شاطئ البحر الرملى الدافء فى يوم مشمس أو تصوره إنه فى بستان أخضر فى أحد أيام الصيف، فالاسترخاء يجعل الذهن يطوف حراً فى الكون دون قيود، وقد يتخيل الفرد نفسه وهو يضع يده فى ماء دافئ أو فى قفاز صوفى أو يجلس أمام موقد.

ب- جهاز استجابة الجلد الجلفانية Galvanic Skin response (GSR)

تتأثر الغدد العرقية كغيرها من الغدد القنوية واللاقنوية الأخرى بالحالة الانفعالية للفرد، ويستدل على ذلك بواسطة مايعرف بالفعل المنعكس السيكوجلفانى Psychogalvanic reflex أو استجابة الجلد الجلفانية وذلك بأن

نمرر تيار كهربائى ضعيف فى الشخص المختبر الذى تم توصيل جلفانوميتر بجسمه، وننبه الشخص سنلاحظ أن مؤشر الجلفانومتر يتحرك احيانا ببطئ وأحياناً بسرعة وهذا دليل على انخفاض مقاومة الجسم للتيار الكهربى، ومن المرجح أن يكون سبب الإنخفاض هو زيادة افراز العرق نتيجة تنشيط الجهاز العصبى السمبتاوى، ذلك أن السائل المالح (العرق) من شأنه أن يسهل مرور التيار فيمكن أن يكون المنعكس السيكوجلفانى دليلاً على أفراز العرق الناتج عن حدوث الإنفعال بصرف النظر عن نوعية هذا الإنفعال (القلق-الخوف-الغضب أو غيرها)

وهكذا فإن جهاز استجابة الجلد الجلفانية يعتمد على نشاط الغدد العرقية والخصائص الكهربائية للجلد، حيث تثبت أقطاب الجهاز المطلية بكلوريد الفضة ومعجون ناقل للكهرباء أو اقطاب قماشية مشبعه بالفضة بأطراف اصابع اليد أو راحة الكف ومن ثم مرور التيار الكهربائى، وهناك فترة كمون حوالى ثانيتين بين مرور التيار وظهور الاستجابة، كما تتاثر استجابة الجهاز بعوامل خارجية كحرارة الوسط المحيط ونسبة الرطوبة وعوامل فى المفحوص كرطوبة اليد، والسن والاستنشاق المفاجئ للهواء والحركة والضغط والتدخين وتعاطى الكحول.

ويتم تدريب الشخص على الجهاز حيث تثبت الأقطاب ويطلب منه الالتزام بالهدوء وملاحظة حركة المؤشر فى العداد أو سماع الصوت الصادر منه ثم نعرض المتدرب إلى العديد من المثيرات الإنفعالية كضرب اليدين فى وجه المتعالج لإحداث صوت موتر، أو الطلب منه أن يفكر فى أشياء مزعجة أو تخيل مواقف مؤثرة ثم يطلب من المريض مراقبة المؤشر ومعرفة مقدرا الزيادة التى حدثت نتيجة ذلك ومن ثم التدريب على العودة إلى الدرجة السابقة قبل الإثارة من خلال الاسترخاء أو التخيل المعاكس أو

غيره. وكذلك تدريبه على تعميم هذه التجربة فى حياته اليومية وذلك بغرض إضعاف تأثير الموترات على النفس.

كما يعطى هذا الجهاز معلومات أخرى عن كل من عملية التنفس، وتوتر العضلات، والإحساس بالألم ويعرف احياناً بجهاز كشف الكذب.

اما المجالات العلاجية لهذا الجهاز فانه يصلح كأداة عرض لتوضيح العلاقة بين النفس والجسد، وفى علاج المخاوف المرضية والقلق والإضطرابات المماثلة كما يستخدم لتحديد التدرج الهرمى للمواقف المؤثرة والمسببة للخوف المرضى أو القلق، ولإضعاف الإثارة السيمبتاوية فى الإضطرابات الجسمية الأتية: زيادة ضغط الدم، الربو الشعبى، إضطرابات الكلام، وفرط افراز العرق، ويستخدم في الكشف عن المقاومة النفسية خلال العلاج النفسى والتدريب على الإسترخاء.

المراجع

١- فاسيلى تاتارينوف (١٩٨٣): تشريح وفزيولوجيا الإنسان ترجمة وطباعة ونشر دار مير للطباعة والنشر.

٢- محمد حمدى الحجار (١٩٨٧) أبحاث فى علم النفس السريرى والإرشادى-دار العلم للملايين - بيروت - لبنان.

٣- محمد حمدى الحجار (١٩٩٠) فن العلاج فى الطب النفسى السلوكى-دار العلم للملايين-بيروت-لبنان.

4- Katjin, ES. and Coldband, S. (1980) biofeedback; (in) helping people change, secand Edition, Edit by: Frederick H. Kanfer & Arond P. Goldstein, pergaman press Inc. New York.

الفصل التاسع عشر

تطبيقات العلاج السوكى لمدمنى المخدرات

يعد إدمان المخدات أو مايعرف فى المستوى الرسمى بسوء استخدام العقاقير substance abuse من اخطر مايواجه عالم اليوم من مشكلات، وأهم مايشغل بال الكثير من والمهتمين بالبرامج الاجتماعية والنفسية من رجال شرطة وأطباء واخصائيين نفسيين ورجال خدمة اجتماعية ورجال تربية وعلماء دين وغيرهم. فقد أضحى هذا الكابوس المعاصر جاثما على صدور هؤلاء جميعا محاولين التخلص منه بشتى الطرق المختلفة.

الاعتماد وسوء استخدام العقاقير:

تطالعنا فى اطار ادمان المخدرات اصطلاحات مثل الاعتماد Dependence وسوء الاستخدام Abuse وفى وصف الزملتين فى الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية الذى تصدره الجمعية الامريكية للطب النفسى فى الاصدار الرابع (عام ١٩٩٤) نجد الاتى:-

علامات الاعتماد على العقاقير:-

نمط غير تكيفى من استخدام العقاقير، يؤدى إلى قصور أو ألم نفسى جوهرى من الناحية الاكلينيكية كما تدل عليه ثلاث (أو أكثر) من الاتى تحدث فى أى وقت اثناء فترة اثنى عشر شهرا.

١- التحمل (الاطاقة) Tolerance كما يحدده أى من الأتى:

(أ) الحاجة إلى كميات تزداد بوضوح من العقار لتحقيق التأثير المطلوب.

(ب) تأثير متناقص مع استمرار تعاطى نفس الكمية من العقار.

٢- انسحاب كما يظهر فى أى من الأتى:

(أ) زملة الانسحاب المميزة للمادة (العقار).

(ب) نفس (أومزيد من) المادة تؤخذ للتخلص من أو تجنب أعراض الانسحاب.

٣- تؤخذ المادة غالبا بكميات اكبر أو لمدة أطول عما كان مقصوداً.

٤- توجد رغبة مستمرة أو محاولات غير ناجحة للانقطاع عن أو ضبط استخدم المادة.

٥- يوجد قدر كبير من الوقت يبذل فى انشطة ضرورية للحصول على المادة. (زيارة عدة اطباء أو القيادة لمسافات طويلة) أو فى استخدام المادة (مثلا التدخين مع شلة) أو البرء من أثارها.

٦- الانقطاع عن أو تناقص الانشطة الاجتماعية الهامة، الانشطة المهنية، أو الأنشطة الترويحية بسبب استخدام المادة.

٧- يستمر استخدام المادة رغم معرفة وجود مشكلة بدنية أو نفسية مستمرة أو معاودة ربما تكون قد نتجت عن أو تضخمت بسبب هذه المادة (مثلا) استخدام الكوكايين فى الوقت الحاضر رغم ادراك حدوث اكتئاب بسبب استخدامه أو الاستمرار فى الشرب رغم ادراك أن القرحة تزداد سوءا بسبب استهلاك الكحول.

حدد ما إذا كان:

- مع اعتماد فيزيولوجى: دليل الإطاقة أو الانسحاب (اى الفقرة ١، ٢)
- بدون اعتماد فيزيولوجى: لايوجد دليل على الاطاقة أو الانسحاب (اى لاتوجد الفقرة ١، ٢)

مواصفات المسار :-

مكون كامل سابق

مكون جزئى سابق.

مكون كلى مستمر.

مكون جزئى مستمر.

فى علاج

فى بيئة مضبوطه

هذه هى الاعراض الهامة لحالات الاعتماد على العقاقير الضارة لكن يجب أن ندرك أن لكل عقار من هذه العقاقير اعراض ادمان خاصة به تميزه عن غيره من العقاقير. (DSM-IV- 1994 P: 181)

علامات سوء استخدام العقاقير:

أ- نمط غير متكيف من استخدام مادة يؤدى إلى قصور أو ألم نفسى جوهرى من الناحية الاكلينيكية كما يظهر فى واحد (أو أكثر) مما يلى حادثا فى خلال ١٢ شهراً من الزمن:

١- استخدام معاود لمادة ينتج عنه اخفاق فى الوفاء بالتزامات رئيسية للدور فى العمل أو المدرسة أو المنزل (مثلا غيابات متكررة أو أداء منخفض فى العمل يرتبط باستخدام المادة أو غيابات مرتبطة بالمادة، تعليقات (فصل مؤقت) أو طرد من المدرسة، إهمال الاطفال أو شئون المنزل.

٢- استخدام متكرر لمادة فى المواقف التى يكون فيها مخاطرة على الناحية البدنية (مثلا قيادة سيارة أو تشغيل ماكينة عندما يكون لديه قصور نتيجة استخدام مادة).

٣- مشكلات قانونية متكررة (مثلا القبض عليه كنتيجه لسلوك مختل مرتبط بالمادة).

٤- استخدام مستمر للمادة رغم وجود مشكلات اجتماعية أو فى العلاقات البينشخصية مستمرة أو متكررة ناتجه عن أو تولدها أثار المادة (مثلا: مناقشات مع الزوج أو الزوجة حول نتائج التسمم بالمخدر، مشاجرات بدنية)

ب- الاعراض لاتقابل على الاطلاق المحكات الخاصة بالاعتماد على عقار لهذا النوع من العقاقير. (DSM, IV 1994-pp 182-183)

انواع العقاقير:

العقاقير الضارة أو مايعرف جوازاً "بالمخدرات" يمكن تصنيفها تبعا لعدة طرق فقد تقسم حسب المصدر إلى طبيعى وصناعى وقد تقسم حسب اللون إلى سوداء وبيضاء لكن أكثر التقسيمات شيوعا هو تصنيفها إلى انواع حسب نوع التأثير الذى تحدثها على الانسان أى على الشخص الذى يتعاطاها على النحو التالى:

١- مجموعة المهدئات Sedativies

وتشمل على الكحول والخمور والبيرة، كما تشتمل ايضا على المهدئات Barbiturates مثل الفيربيوتال والسيكونال والفاليوم والليبريم الخ...

٢- مجموعة المنشطات Stimulants

مثل الكافين الذى يوجد فى القهوة والشاى والكوكاكولا كما تشتمل على النيكوتين بانواعه واشهرها السجاير والامفيتامينات مثل البنزدرين والميثروين والكوكايين.

٣- مجموعة القنب الهندى Cannabis Sativa

وتشمل الحشيش والماريجونا والبانجو وغيرها من المسميات التى تطلق على مشتقات النباتات المؤنثة لنبات القنب الهندى.

٤- مجموعة الأفيون: Opiates

وتعرف بالمخدرات وربما نتيجة انشغال المجتمع العالمى بها فى أوائل هذا القرن أصبح اسم المخدرات يطلق على سائر العقاقير الضارة.

وتشمل هذه المجموعة الأفيون ومشتقاته مثل الهروين، والميثادون، والمورفين، والكودايين والبيركودان والديموريل وأدوية السعال.

٥- عقاقير الهلوسة: Hallucinogens

ومنها عقار LSD والسيلوسيبين Psilocybin، والميسكالين، STP، MDA وغيرها.

٦- أنواع أخرى:

مثل المذيبات الطيارة التى تستخدم فى صنع اللاصقات الصناعية مثل مواد اللصق الخاصة بالموكيت وكذلك مايدخل فى اقلام الكتابة (الفلوماستر) ومايدخل فى صناعة ملونات الأظافر.

ولايقف ضرر المخدرات على ما تحدثة من اثار مدمرة بدنية وعقلية على الفرد وانما يتجاوز ذلك إلى اضرار اجتماعية كثيرة منها تقطع العلاقات الاجتماعية وارتكاب الجرائم فى سبيل الحصول على المادة المخدرة واتلاف حياة الفرد المهنية أو التعليمية وبالتالى فانها تسبب اهدار كبيراً لاقتصاد الدول خاصة وان المخدرات تستهدف شباب الأمم.

لقد أضحت تجارة المخدرات خاضعة لعناصر الجريمة المنظمة تديرها شبكات عالمية وتدخل كوسيلة للحرب ضد الدول النامية لتحقيق اغراض سياسية.

النظريات المفسرة للاعتماد على المخدرات:

أولاً - النموذج المرضى The Disease Model

من الصعب أن ندخل النموذج المرضى لتفسير سوء الاستعمال أو الأدمان فى أى من النظريات النفسية أو النظريات السلوكية البيئية. رغم

مسمى هذا النموذج فان نموذج المرض ليس نموذجا طبيا ولا نموذجا بيولوجيا ورغم قدم هذا النموذج فلا يزال واعدا فى هذا الميدان.

لكن لسوء الحظ فان النموذج لايشتمل على تفسير واضح للادمان وجوهر هذا النموذج يشير إلى أن سوء الاستخدام أو بصفة محددة "الادمان" هو مرض. فالادمان مرض قائم بذاته وليس عرضا أو جزءا من مرض أخر والادمان كمرض ليس تفسيرا بقدر ماهو تقرير للحقيقة حول انماط الاستخدام غير المتكيف وخطر التكرار لهذه الانماط اثناء حياة المدمنين.

ثانياً - النظريات النفسية Psychological theories

ويقصد بها فى هذا المقام النظريات التى تعتمد فى تفسيرها على العمليات العقلية الداخلية للفرد ورغم أن لاأحد يتجاهل العوامل البيئية فانه قد يكون للعوامل الداخلية مثل العواطف والمشاعر وخصائص الشخصية دورها الاساسى فى هذاالسلوك المرضى.

١ - النظرية السيكودينامية: Psychodynamic theory

سادت المدرسة السيكودينامية المجال النفسى فى النصف الأول من القرن العشرين وهى مثل نظريات أخرى تنظر للادمان على أنه عرض sympotom أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية أو انفعالية.

وهناك عدة مدارس رئيسية تدخل فى أدبيات المدرسة السيكودينامية فهناك تفسير يدور حول التثبيت الفمى oral fixation خاصة فى تفسير سوء استخدام أو الاعتماد على الكحول.

ثمة تفسير آخر نشأ فى المدرسة السيكودينامية يرى أن عدم مقدرة الأم أو الاسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية فى المرحلة المبكرة مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول اشباع هذه الحاجة. وبذلك فإن الطفل لايطور القدرة على تاجيل الاشباعات.

وهذا التحمل المنخفض للاحباط يظهر فى صورة سلوك اندفاعى مثل الغضب أو الانسحاب أو فى صورة استخدام للمواد الذى يعتبر اسلوب غير ناضج لتحقيق الاشباعات الفمية (Blane 1990).

ثمة تفسير آخر طوره مييننجر (1938) Menninger الذى يرى أنه طالما ان الحاجات الشخصية لم تشبع فان الفرد يصبح غاضباً من والديه ولأنه غير قادر على التعبير عن هذه الرغبات العدائية نحوهما فإن غضبه يتجه داخليا ويظهر فى شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير. وفى رأى كثير من منظرى المدرسة السيكوديناميه فإن المدمنين يشتركون فى الغالب فى بعض الخصائص مثل الاعتمادية، والاندفاعية، والنرجسية، والانعزال العاطفى، ومشاعر عدم الملاءمة والاكتئاب. وينظر إلى الخمور والمخدرات على أنها طريقة للوفاء بحاجات الاعتمادية واستبعاد عدم الارتياح النفسى الناتج عنها وتعمل المواد المنشطة نفسيا psychoactive كمعينات للأنا Egp - protheses (Wieder & Kaplan, 1969)

وهناك تفسير آخر تأتى به المدرسة السيكودينامية ترى فيه المادة أو العقار الضار على اساس أنها "موضوع Object" والادمان على اساس أنه يشابه الاعتماد على اناس آخرين. (Meeks 1987) كذلك فانه ينظر للادمان على أنه بديل عن علاقات مع أخرين قد تؤدى بالفرد إلى صراع أوأضرار.

وهناك فرض التداوى الذاتى Self - medication باعتباره تفسيراً نفسيا لظاهرة الادمان حيث يرى أن الفرد يستخدم الكحول وغيره من العقاقير لمداواة عدم تحمل الحالات الوجدانية. وفى رأى خانتازيان (١٩٨٥) Khantazian أن اختيار العقار أو المادة التى تستخدم يتم بناءً على قدرتها على ضبط حالات وجدانية معينة. فبعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع الاكتئاب والضجر أوالخوف بينما أخرون يستخدمون المهدئات لعلاج اخطار الغضب أو الهياج.

٢ ـ نظريات السلوكية (التعلم) والبيئة:

النظريات السلوكية أو نظريات التعلم هى تلك النظريات أو التفسيرات التى تبحث عن تبرير السلوك. وهو هنا استخدام أو اساءة استخدام العقاقير. على أساس من تفاعلات الفرد مع البيئة وأثار متغيرات بيئية معينة على السلوك. وتتضمن النظريات السلوكية نظرية التعلم الاجتماعى، النظريات التفاعلية وجوانب من نظرية التوقع ونظرية خفض التوتر ونظرية كبح استجابة الانضغاط.

أ- نظرية التعلم الاجتماعى: Social learing thery

تفترض نظرية التعلم الاجتماعى أن كل صور استخدام المواد تحكمه القواعد الاجرائية وقواعد التعلم بما فى ذلك العوامل المعرفية. (Abrams & Niaura 1987) ويتعرض الشباب لنماذج تنمى الاتجاهات نحو استخدام العقاقير وكذلك المعتقدات السائدة حوله ونماذج من سلوك التعاطى حيث يتعلمون منهم هذا السلوك.وبناء على التعرض للمواد أو العقاقير فان الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير أما يعزز ايجابيا أوسلبيا عن طريق اثاره (انظر الحديث عن التعزيز فى الجزء الخاص بالأسس النظرية) وتشتمل المعززات الناتجة عن المخدارات خفض التوتر وخفض الانضغاط أو التعامل مع الحالات الوجدانية السلبية أو زيادة التفاعلات الاجتماعية. واذا استمر استخدام العقار فان زيادة التحمل (الإطاقة) للاثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الاثار. والحصول على كميات اكبر قد ينتج عنه انشغال زائد بالحصول عليها ـ وبالمثل فان الاعتماد البدنى قد ينتج عنه مايستلزم مزيد من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب. والحصول على المعززات قصيرة المدى قد يمحقق الرغبة فى تجنب التعزيز السالب من النتائج السلبية السابقة الناتجة عن استخدام المادة.

وقد اعطت التعديلات الاكثر حداثة لنظرية التعلم الاجتماعى أهمية أكبر للعوامل الأخرى بما فى ذلك الخصائص الشخصية، والعوامل المعرفية ونواقص مهارات التعامل الاجتماعية النفسية Abrams & Niaura 1987.

ب - النظريات التفاعلية Interactional theories

تقترح هذه النظريات أن السلوك بمافيه سلوك استخدام العقاقير هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الشخص (الفرد) وبيئة هذا الشخص ومخزون السلوك الفردى. واذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعى فإن الفرد يعتبر عاملا نشطا يتأثر بالعوامل المعرفية، والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة. ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك. وتقوم النظرية التفاعلية الحديثة على أساس من نماذج احصائية للتباين المتعدد multivariate statistical models وتمثلها نظرية السلوك المشكل Problem behavior theary التى أقترحها جيسوروجيسور (١٩٧٧) Jessor & Jessor ونموذج المجال the domain Model الذى اقترحه هوبا وبنتلر (١٩٨٢) Huba & Bentler والنموذج النمائى لزوكر (١٩٧٩) Zucker the developmental model

وفى رأى جيسور وجيسور أصحاب نظرية سلوك المشكلة، أن مشكلة تعاطى الخمور هو واحده من عدة مشكلات، وهذه السلوكيات المشكلة هو نتيجة للتفاعل بين ثلاثة انظمة داخل الفرد: الشخصية، البيئة المدركة، والسلوك: وفى داخل كل نظام (منظومة) system هناك خصائص أو متغيرات تمثل تعرضا أوميلاً "Proneness" للانحراف أو لسلوك المشكلة. وككل سلوكيات المشكلة. فان سلوك الشرب سواء كان يمثل أولايمثل مشكلة هو متغير مستمر أكثر من كونه حالة متقطعة. ولايذكر جيسور شيئاً عن الاثار الصيدلانية أو الاستهداف البيولوجى.

وفى نموذج المجال يرى هوبا وبنتلر أن الشرب هو واحد من مجموعة اكبر من النزعات السلوكية أو طرز الحياة. وهذه النزوعات هى نتيجة للتفاعلات بين عدة مجالات domains هى المجالات البيولوجية والداخلية الشخصية والبينشخصية والثقافية وبذلك فان نموذج المجال يبدو أنه أكثر شمولا عن غيره من النظريات التفاعلية بادخاله استخدام العقاقير فى اطار واسع من السلوك والتأثيرات بكل من العوامل البيئية والبيولوجية.

جـ - نظرية التوقع: Expectancy theory

أن التوقعات هى عمليات معرفية بربط الاحداث أو بشكل أدق توقع الأحداث لنتائج معينة. ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بين الأحداث أو الموضوعات فى موقف قادم.وبالنسبة لنظريات التوقع، فإن ما يتم تعلمه هو العلاقة بين استخدام المادة ونتائج معينة مرغوبة نتيجة أنها معززة. ويحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات ايجابية للاستخدام اكبر من عددها أوقيمتها عن التوقعات السلبية وهذه التوقعات قد تُعزز فى خبرة قصيرة المدى. ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاستهداف لتأثيرات الثقافة الشائعة وخرافتها فان المراهقين قد يكونون أكثر عرضه لتنمية التوقعات التى لايثبت صدقها فى المدى البعيد.

د - نظرية خفض التوتر أو محق استجابةالانضغاط:

على الرغم من أن فكرة أن مدمنى الكحوليات يكونون متوترين نتيجة لاحباط الصراعات المتصلة بالجوانب الفمية والاعتمادية التى قد نشأت فى اطار أدبيات مدرسة التحليل النفسى. فإن نظرية خفض التوتر Tension reduction تقوم اساسا على قواعد التعلم التى ينظر فيها لسلوك الادمان على أنه سلوك يكافأ. والعناصر الرئيسية فى نظرية خفض التوتر تقرر أن

الكحول يخفض التوتر الذى يشتمل على الخوف، والقلق والصراع والاحباط وان الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت البحوث الاكثر حداثه أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط فى اطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملا وحيداً صادقا لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام (Cappell, H & Greeley, J 1987)

أما نظرية محق أو إخماد استجابة الانضغاط stress response dampening فهى شبيهة بنظرية خفض التوتر. حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسديه للضغوط وبذلك فهى تلقن وتشجع استخدام العقار فى مواقف ضاغطه مماثلة وتشمل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط مما قد تكون هامة فى تحديد الاشخاص المستهدفين.

هـ - الاعاقة الذاتية Self - Handicapping

الأفراد الذين ليسوا متأكدين حول جدارتهم فى مواقف محددة قد يستهلكوا الكحول أو غيره من العقاقير لكى يُعزون (يُرجعون) أداءهم الضعيف لحالة التسمم بدلا من عزوها لضعف جدارتهم أوقدرتهم الحقيقية.

و - الوعى الذاتى Salf - awareness

أن الكحول وغيره من العقاقير تؤثر على العمليات المعرفية بما فيها الوعى بالذات (Hull 1987) ويصبح الفرد اقل قدرة على تقويم خبراته الشخصية السليمة بما فيها الأخفاق والنتائج السلبية للاستخدام أو سوء الاستخدام المستمر للعقار، ومن ثم فان الاستخدام يمكن أن يستمر. وبالنسبة للشباب المدمن فان ادراك الآثار السلبية للعقار هو امر ضرورى للفرد لكى يكون قادر على تفادى استخدام هذه العقاقير كلها أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبى إلى الاستخدام الحقيقى للعقار.

ثالثاً: النظريات البيولوجية Biological theories

أن القصور المرضى لسوء استخدام العقاقير يعتبر قصورا شائعا فى المجتمع ودوره العلاجي ومعظمنا يشعر أن الذين يسيئون استخدام العقاقير مراهقين كانوا أوشبابا إنما هم مرضى ويحتاجون للعلاج. ومع هذا فان تعريفا محدودا ولكن شائع الاسخدام للمرض يتضمن وجود شذوذ بدنى يحيط به – سواء كان هذا الشذوذ تشريحا أو بيوكيمائيا أو فيزيولوجيا. وحتى وقت وقريب فان عدم القدرة للاشارة الذى شذوذ بدنى محدد قد أدى بالبعض أن يتساءلوا حول ما اذا كان سوء الاستخدام أو الاعتماد أو أياً مايسمى يعتبر مرضا.

وفى العقود الماضية فان الادلة تشير إلى وجود خصائص أو جوانب شذوذ بيولوجية كجوانب موجودة للذين هم عرضة لسوء استخدام العقاقير (Tarter 1992) وقد أوضحت الدارسات الوراثية المشتملة على دراسات حالات التبنى والتوائم وجود مكون وراثى (جينى) مستقلا عن التأثيرات البيئية. ومع وجود دليل على الاستعداد الوراثى فقد بحث العلماء عن علاقات بيولوجية بمقارنة اطفال الاشخاص مستخدمى المخدرات (الذين لديهم خطر أكبر) مع اطفال غير المستخدمين لها (منخفضى الخطر). وتشير نتائج التحليلات البيولوجية المختلفة إلى وجود مؤشرات بيولوجية قد تكون علامات أو تمد الفرد بنشاط لتطوير سوء استخدام الكحول أو غيره من العقاقير.

وقد اقترح الباحثون عدة نظريات وراثية حيوية تشتمل على شذوذ فى وظيفة نقل السيالات العصبية مثلا السيروتنين أوالكاتيكول أمنيات أو اختلافات فى تمثيل الكحول. وغياب دليل طاغى لاى من هذه العلامات البيولوجية يجعل من أى سبب بيولوجى منفرد امر غير وارد.

العلاجات السلوكية للادمان:

إن العلاجات السلوكية للإدمان تقوم على أساس من التغاير الامبريقى بين انماط استخدام العقاقير والبيئة المحيطة، ومن ثم فانها تركز على سلوكيات استخدام العقاقير بشكل مباشر وعلى كيفيه اختلافها تبعا للظروف المتغيرة فى البيئة الطبيعية. والغرض من العلاج هو خفض تفضيل المدمن لاستخدام العقار فى الوقت الذى يُزيد فيه تفضيل الانشطة الأخرى التى ستساند الأداء التكيفى فى المدى الطويل، والمجالات النوعية للأداء التى تتأثر عكسيا باستخدام العقار سوف تختلف بين المدمنين كما تختلف انماط استخدام وسوء استخدام المادة وتستلزم أن نجرى تفريد للعلاج.

١- العلاجات التى تركز بشكل مطلق على استخدام المادة:

أن العلاجات القائمة على بالتنفير والتعريض للمثيرات الموصوفة فى هذا القسم تبحث فى تغيير سلوكيات الإدمان فقط دون الاهتمام بشكل مباشر بالتعامل مع المشكلات المرتبطة بها. وبذلك فانها تستخدم كوسائل لقمع المشكلة الخاصة بالادمان أما المحافظة على ماحققناه من مكاسب علاجية فانه قد يتطلب مزيداً من التدخلات. والعلاجات الموصوفة فى هذا القسم تشترك فى خاصة اساسية هى أنها تبنى على الاشراط الكلاسيكى.

أ- العلاج بالتنفير: Aversion therapy

الفكرة وراء استخدام العلاج بالتنفير مع مدمنى المخدرات هى أن نقرن (نزاوج) بين مثير مناسب للمادة التى يتعاطاها الشخص (مثل منظر أوطعم المادة) مع مثير منفر (مثلا أدوية مسببة للغثيان) مما يؤدى إلى احداث اشراط تنفيرى للمثير المتصل بالمادة. ويفترض أن يتوقف الخفض التالى لاستخدام المادة على قوة التنفير المشروط. وفى استخدام هذه الطريقة مع مدمنى الكحول يعطى للمريض دواء مثير للغثيان مثل هيدروكلوريد الأميتين

Emetine Hydrocloride فى اطار بيئة طبيـة ثم تعرض العلامـات المتصلـة بالمادة أو العقار على المريض اثناء الغثيان والقئ.

ونظرا لأنه من الصعب التحكم فى المدى الزمنى الذى يسـتغرقه تـأثير المادة المستخدمة لوجود مخاطر مرتبطـة باستخدام هذه الأدويـة فقد اقتـرح استخدام مستويات مؤلمة ولكنها أمنه من الصدمات الكهربائيـة كبديـل للمثير المشروط (الدواء المقئ). ورغم أن الصدمات الكهربائية أكثر أمنـا وضبطـاً فان البحوث تشير إلى أنها اقل فاعلية فـــى عـــلاج إدمـان الكحـــول عن استخدام المقيئات.

ب ـ تكوين الحساسية بشكل خفى: Covert sensitization

نتيجـة لبعض المشكلات المرتبطـة باسـتخدام العـلاج بـالتنفير مثـل ضرورة اتمامها تحت اشراف طبى وعدم اتساقها مع أخلاقيات العـلاج إذا وجد بديل أكثر ايجابية وغيرها من المشكلات بدأ التفكير فى استخدام تكوين الحساسية بشكل خفى وكذلك التنفير التخيلى.

بناء على البحوث التى أجراها كوتيلا (١٩٧٠) Cautela فـان التكوين الخفى للحساسية يتضمن المزاوجة التخيلية لمشـاهد استخدام المخـدرات مع أحداث ذات مستوى عالى من الكدر وفى بعض الاحيان يصاحب ذلك روائـح منفرة مثل حامض الفاليريك. كما أن من أساليب التنفير المستخدمة تلك التـى اثناءها يغمر المريض بالمشاهد غير السارة المرتبطة بتخيل استجابة مناسـبة مثل رفض استخدام العقار أو مغادرة البيئة التى يستخدم فيها العقار.

وقد وصـف ريميل وميلر ودوجر (١٩٨٩) Rimmele, Miller & Dougher كيف يستخدم التكوين الخفى للحساسية الذى يستلزم تطوير مشـاهد واقعية تشتمل على استخدام المريض للمادة تقرن به مشاهد تكوين الحساسية التى تشتمل على نتائج غير سارة لدرجة بعيدة لاستخدام العقار. أن هذا النوع

من العلاج يعتمد على فاعلية المريض فى تكوين (بناء) والابقاء على وانهاء الميثرات المتخيلة وهذه قد تعانى من قصور لدى بعض الافراد. ولهذا الاسلوب العلاجى ميزات تجعله يتفوق على اسلوب التنفير (فهو أكثر أمنا وايسر فى الاستخدام فى مواقف عديدة)

جـ ـ التعريض للعلامات ومنع الاستجابة:

ثمة اشارة مشتركة فى كل من أدبيات الحكوليات والمخدرات هى أن المثيرات البيئية التى ترتبط بشكل متكرر مع استخدام المادة أو مع الانسحاب منها يمكن من خلال عملية اشراط كلاسيكى أن تستخدم كمثيرات مشروطة لمزيد من استخدام المادة. وعلى الرغم من عدم الاتفاق على طبيعة الاستجابة المشروطة (اى ماذا كانت تمثل زملة انسحاباً مشروطاً أو يعمل كحافز ايجابى لاستهلاك المخدرات) فان هذه الوجهة قادت إلى تطور العلاجات القائمة على التعريض exposure مع مدمنى الكحوليات والمخدرات.وهى شبيهة بالعلاجات السلوكية المستخدمة مع حالات الوساوس والافعال القهرية. وفى حالة المدمنين فان المرضى يُعرضون لمثيرات ترتبط بالمادة ويمنعون من أويشجعون بشدة على عدم الاشتراك فى استخدام العقاقير. ومع تكرار التعرض فان الرغبة فى الاشتراك فى استخدام المخدرات تنطفئ مما يؤدى إلى تقليل استخدام هذه العقاقير عندما يتعرض المريض لمثيراتها فى بيئاتهم الطبيعية.

ويصف رانكلين وزملاؤه (١٩٨٣) Ranklin et al استخدام هذه الفنية مع مدمنى الكحوليات المقيمين داخليا فى احدى المصحات حيث اعطيت لهم جرعة أولية من الكحول ثم وضعوا قريبا جدا من مشروبات كحولية لمدة ٤٥ دقيقة، وقد شجع المرضى على أن يمسكوا بالشراب وان يضعوه على

شفاههم وان يشموا الكحول وقد نتج عن هذا التعريض انخفاض الرغبة في الشراب. وقد استخدمت استراتيجيات مماثلة مع مدمنى الكوكايين.

٢- طرق العلاج الاجرائية الشاملة Comprehensive Operant treatment

أن الطرق الثلاثة المذكروة فيما بعد تعتبر أكثر شمولا عن العلاج بالتنفير أو العلاج بالتعريض وتهتم بسلوكيات استخدام العقاقير ومشكلات الحياة المتصلة بها. ولانها تستند اساسا على المكافأة أو الانطفاء وتتعامل مع سوء استخدام المادة فى البيئات التى تحدث فيها فانها لاتعانى من المشكلات الاخلاقية التى ترتبط مع اساليب العلاج بالتنفير.

أ- التدريب السلوكى على الضبط الذاتى Behavioral Self-Control Training

يعتبر التدريب السلوكى على الضبط الذاتى علاجا قائماً على المكافأة يلائم بشكل خاص المرضى المترددين على العيادات الخارجية. وتتميز هذه الطريقة بأسلوبها التعليمى فى تدريب المرضى على أن يصبحوا محللين سلوكيين فعالين للترابطات (العلامات) التى تبقى على اختلالات الادمان لديهم. ويتم التدخل عند ثلاث مستويات ويمكن تطويعه ليلائم حاجات المرضى كافراد.

١- أساليب ضبط المثير: التى تهدف إلى استبعاد المثيرات البيئة المرتبطة باساءة استخدام العقار.

٢- تعديل طوبوغرافية أو نمط الوقت الخاص باستخدام المادة بطريقة تقلل إلى حد بعيد من التسمم intoxication أوغيره من الاثار السلبية.

٣- تعديل نتائج استخدام العقار والسلوكيات المرتبطة به لتدعم (تعزز) انقاص استخدام العقار وزيادة الانخراط فى السلوكيات التكيفية.

وتشمل اجراءات ضبط المثير على تقدير مبدئى غالبا خلال المراقبة الذاتية لظروف البيئة أو الأحداث الخاصة التى تسبق أوتُحدث سوء استخدام المادة. ثم أن المريض يعتبر كل استخدام للعقاقير لمجموعة واحدة ذات مثيرات قوية. ثم أن هذه المجموعة من المثيرات سوف تحذف ايضا ولكن هذا يتطلب اساليب التعامل مع الترابطات Contingnency management التى تعدل من نتائج استخدام العقار.

ورغم أن اجراءات التدريب السلوكى على ضبط الذات قد تطورت فى اطار التدريب على خفض الشرب أو التعاطى فان التدخلات التىتعدل من طوبوغرافية أو النمط الزمنى لاستخدام المادة تعتبر مفيدة بغض النظر عن الهدف العلاجى. وحتى فى البرامج الموجهة من خلال المنع فان معظم المرضى ينخرطون فى بعض الاستخدام للعقاقير وتساعد هذه البرامج على تقليل الكمية التى يستخدمونها فى المواقف أو فى الأوقات عندما يكون خطر النتائج السلبية عاليا. (مثلا قيادة السيارات اثناء التسمم بالعقاقير) وتشتمل التدخلات على:

(أ) أن يوافق المرضى على تناول مشروبا أوعقاراً اقل تفضيلا (مثل الميثادون بدلاً من الهروين) عندما يحدث الاستخدام.

(ب) تدريب المرضى على أن يستخدموا العلامات الخارجية ليراقبوا مستويات التسمم (مثلا أن يعدوا رشفات الخمر).

(جـ) أن يوافق المرضى على تقييد استخدام العقار بالوقت والمواقف التى تقلل من النتائج السالبة (وهذا التدخل يختلط مع اجراءات ضبط المثير).

أما اساليب أو إجراءات التعامل مع المواقف الطارئة Contingency mangement procedure التى يديرها المريض أو غيره من المهتمين مثل افراد اسرته فتستخدم فى شكل نمطى لتعديل نتائج استخدام

العقار والسلوكيات المرتبطة به. وكما فى كل هذه البرامج فان السلوكيات المستهدفة والأهداف تكون:

(أ) محدده فى صور قابله للملاحظة وغير مبهمة.

(ب) تجزأ إلى وحدات صغيرة بحيث تحدث بشكل متكرر لتسمح بفرص تعزيز متكرره.

(جـ) أن تراجع فى الوقت الذى يحدث فيه تغير فى السلوك بحيث يمكن أن تشكل الاهداف بعيدة المدى بصورة متزايدة. ويجب أن تعطى المعززات بسرعة عقب اداء السلوك المستهدف ويجب أن تكون متوفرة وغير مكلفة وتعد بما يناسب البنية التفضيلية للمريض. ويمكن للمعززات أن تشمل على وقت راحة منفرداً كل يوم، واحداث اجتماعية لاتشتمل على تعاطى عقاقير كما يمكن استخدام قاعدة بريماك Premack للتعرف على المعززات الفعالة. أى أن السلوكيات الأقل توقعاً يمكن أن تعزز بسلوكيات ذات احتمالية عالية. على سبيل المثال فان مريضاً محباً للجلوس وله مشكلة تتعلق باحتساء الخمر مع أهداف تتمثل فى ترك الخمر وان يكون ذو لياقة بدنية يمكن أن يكون حضوره مساءً كوسيلة تشغل الوقت الذى كان يمضيه سابقا فى الشرب يمكن تعزيزه بالاشتراك فيما بعد فى نشاط جلوس مفضل (مثلا وقت يقضيه فى السونا وحمام السباحة).

التعامل مع المواقف الطارئة (الترابطات) Contingency management

أن عنصر التعزيز فى التدريب السلوكى على ضبط النفس أمكن استخدامه بنجاح منفردا فى علاج ادمان المخدرات والى درجة أقل فى علاج

حالات ادمان الكحوليات. وفى العادة فان المعالج والمريض يبرمون تعاقدا أو أتفاقا حول جدولة النتائج الخاصة بالسلوك المستهدف الذى يعده المرشد أو المعالج أوغيرهما. وفى بعض المراكز والعيادات فان السلوك المستهدف يحدد بشكل جمعى ولايناقش على اساس فردى.

لقد استخدم اسلوب العمل مع المواقف الطارئة (الترابطات المشروطه) بشكل ناجح فى حالات أدمان الهيروين وحالات الادمان المتعدد وحالات ادمان الكوكايين. وبالنسبة لحالات الهروين الذين كانو يعالجون بالميثادون فان المشكلات الشائعة كانت استمرار المرضى فى تعاطى الافيون وعدم انصياعهم لجوانب من برنامج العلاج مثل الحضور للعيادة كل يوم لأخذ الميثادون وتقديم عينة من البول أو الاشتراك فى انشطة تهدف إلى زيادة الأداء التكيفى (مثلا الارشاد المهنى). وتشمل الحوافز التى استخدمت بنجاح لزيادة السلوكيات المستهدفه ميزات أخذ الميثادون إلى المنزل حيث يعطى للمرضى الذين يستوفون السلوك المستهدف جرعات الميثادون ليأخذوها بانفسهم خارج العيادة أو يعطى للمرضى الحق فى تحديد جرعو الميثادون التى يأخذونها. ومن الأمور التى تستوجب الذكر هنا أن اعفاء مدمنى الكحول من ضبط تعاطى الديسبولفرام Disulfuram تخفض استخدام الكحول ايضا. كذلك استخدمت المكافأت المالية والمادية (العينية) بنجاح مع مدمنى الهيروين الذين كانوا يعالجون بالميثادون. أما فى حالة استخدام الكوكايين فقد أمكن تخفيض استخدام المخدر بارسال خطابات لأصحاب الاعمال وغيرهم بخصوص المدمنين واستخدام ذلك كمعزز لتقديم عينة من البول يُثبت خلوها من المخدر.

على أنه يجب أن يلاحظ أن استخدام العلاقات الترابطية كان أكثر نجاحا فى تحقيق سلوكيات لدى المدمنين غير سلوك الادمان نفسه مثل

الحضور إلى العيادة يوميا أو تقديم عينه من البول. وتطبيق اسلوب التعاقد على اداء هذه الترابطات قد تكون له مشكلات من أهمها استمرار نجاحه باستمرار الحاجة إلى التعزيز. فمثلا فى حالات ادمان الهيروين الذين يعالجون بالميثادون يستمر نجاح التعزيز طالما كانوا فى حاجة إلى الميثادون.

جـ طريقة تعزيز المجتمع Community Reinforcement Approach (CRA)

استخدم هنت وأزرين (١٩٧٣) Hunt & Azrin برنامجا علاجيا شاملا يقوم على اساس الاشراط الاجرائى مع المدمنين الكحوليين لخفض احتسائهم للخمر وزيادة أداءهم التكيفي. وقد وصف سيسون وأزرين (١٩٨٩) Sisson & Azrin برنامجاً لتعزيز المجتمع يشتمل على استخدام الديسولفيرام مع الكحوليات وذلك على النحو التالى:

١- يتم تفسير استخدام الديسولفيرام بجعل الزوجة (أو الزوج) أو غيره من الاشخاص الذين يعيشون مع المدمن يراقبون المريض ويعززون سلوكه على المستوى اليومى.

٢- بالنسبة للمرضى الذين لهم علاقات زواجية فان المريض وشريكه يشتركون فى نوع من الارشاد الزواجى لزيادة مهارات التخاطب والمكافأة المتبادلة للتفاعلات.

٣- المرضى الذين لديهم بطالة يشتركون فى نادى توظيف Job Club حيث يقومون بتحليل تاريخهم ومهاراتهم المهنية ويوجهون إلى استراتيجيات البحث عن عمل ثم تعد لهم اهداف سلوكية تهدف إلى تأمين العمل (مثلا القيام بعشر مكالمات كل يوم لأصحاب الاعمال).

٤- يجرى تحديد الانشطة الاجتماعية والترويحية التى لاتشتمل على توفر الكحول ويشجع المرضى على حضور مثل هذه الانشطة فى نهاية الاسبوع.

٥- يتلقى المرضى تدريبا على كيف يرفضون الشراب وكيف يتحكمون فى رغباتهم لتناولها.

أن هذا البرنامج قد اظهرت النتائج نجاحه فى علاج المدمنين للكحول من الذين يعيشون مع شخص آخر يمكنه مراقبة سلوكهم.

٣ ـ علاج المشكلات المرتبطة بالإدمان:

أحد الافتراضات الرئيسية فى العلاج السلوكى هى أن سوء استخدام العقاقير يرتبط غالبا بالأداء فى مجالات أخرى. وفى مثل هذه الحالات فان الاقتصار على العلاج من الادمان لن يكون مناسبا والاقلاع عن الادمان لن يحقق الشفاء فى المجالات الأخرى مالم ندخلها ضمن البرنامج العلاجى. وقد جُربت برامج علاجية لعلاج الخلل فى الأداء الذى يصاحب الأدمان، ومن تلك البرامج العلاج الزواجى والأسرى، وتدريب المهارات الاجتماعية، والتعامل مع الضغوط Stress management والبرامج المهنية.

أ ـ العلاج الزواجى والأسرى: Marital and Family therapy

رغم أن الزيجات والأسر الخاصة بالمدمنين كان لها تأثيرات متنوعة على الافراد المدمنين فان العلاجات السلوكية تركز على كيف أن افراد الأسرة قد يبقون على الادمان من خلال التعزيز ولذلك كان من الضرورى البحث فى كيفية تعديل سلوك الأسرة بطرق تعزز التخلى عن الادمان والاشتراك فى الانشطة الممتعة التى تشتمل على تفاعلات الاسرة دون وجود المواد المخدرة أو التعاطى.

فى برنامج أعد للعمل مع مدمنى الكحول بواسطة أوفاريل، وأوفاريل وكاتر Ofarrell 1986, Ofarrell & Cutter 1984 قدمت التدخلات بشكل متتابع لحفز المريض للاشتراك فى العلاج وان يحقق انخفاضات سريعة فى استخدام الكحول وعدم الاشتراك فى السلوكيات الخطيرة مثل العنف الاسرى ثم بعد ذلك تحسين التخاطب الأسرى وانماط طراز الحياة بوسائل تدعم الاستقرار الاسرى بعيد المدى وكذلك تخلى المريض عن الادمان. والبرامج ذات درجة عاالية من البناء ويعتمد على التعاقدات السلوكية بين افراد الاسرة. وعلى سبيل المثال قد تستخدم تعاقدات الدسولفيرام كتلك المستخدمه فى حالات طريقة تعزيز المجتمع CRA كما تستخدم اتفاقات الاستبعاد لبعض الوقت Time out لخفض امكانية العنف اثناء الصراعات خاصة عندما يكون المريض فى مرحلة التسمم وقد يتفق افراد الاسرة على مكافأة التغيرات الايجابية وأن يتجاهلوا بدلا من أن ينقدوا السلوكيات المُشكلة. وبالمثل فان الطرق والاهداف المبنية تستخدم لزيادة التفاعلات الايجابية للاسرة وزيادة مهارات حل المشكلة.

وقد أوضحت البحوث التى أجريت حول النتائج وجود علاقة بين تحسن الاداء الاسرى والزواجى والانخفاض فى استخدام العقار. كما أن الدراسات التى قومت بشكل خاص التدخلات الاسرية والزواجية أوضحت أنها تحفز الالتزام المبدئى للمريض ببرامج العلاج بصورة فعالة. كذلك فان الانسحاب من الهروين الذى نفذ فى المنزل باستخدام مشاركة الاسرة يبدو أنه بديل ناجح نسبيا لتخليص المريض من التسمم. ومع هذا فان البيانات متباينة حول فاعلية التدخلات فى المدى البعيد وبصفة خاصة فيما يتعلق بالابقاء على الخفض الذى يحدث فى استخدام العقار.

تدريب المهارات الاجتماعية Social skills training

كثير من المناسبات الاجتماعية* تشتمل غالبا على الكحول أو المخدرات الأمر الذى يستلزم من المريض أن يتجنب المناسبات الهامة التى تشتمل على تقديمها أو أن يتعلم اساليب رفض استخدام هذه العقاقير.ان التجنب امر معقول بالنسبة للبعض ولكن حتى فى هذه الحالات فان تطوير اتصالات اجتماعية لاتشتمل على توفر العقاقير يشتمل على هدف علاجى هام. أن النادى الاجتماعى لغير الشاربين للكحول فى برنامج تعزيز المجتمع CRA يعتبر اسلوبا لتشجيع هذا الهدف كذلك فان جماعات A.A أصدقاء مستخدمى الكحوليات وغيرها من الجماعات تخدم وظيفة مماثلة.

وبسبب وجود العقاقير (وبشكل خاص الكحوليات) فمن المناسب أن ندرب المرضى على رفض العقاقير فى المواقف الاجتماعية. والطريقة المضادة التى استخدمت على نطاق واسع مع مدمنى الكحول هى التدريب الشامل على المهارات الاجتماعية الذى يهدف إلى رفض الشرب. أن مدمنى الكحول ليس لديهم قصور فى المهارات الاجتماعية بشكل عام ولكنهم يمكن أن يستفيدوا من التدخلات المبنية التى تقوم على طريقة أداء الدور التى تدربهم على أن يقاوموا الضغط الاجتماعى فى أن يشربوا. وقد وصف شانى Chaney (١٩٨٩) الاجراءات التى استخدمت فى تدريب المهارات الاجتماعية والتى تطبق عادة فى جماعات صغيرة وتعد مواقف اداء الأدوار بحيث تشابه المواقف عالية المخاطر لاستخدام المخدرات فى البيئات الطبيعية للمرضى. وتنمذج الاستجابات الفعالة بواسطة المعالج أو المعالجين ثم يكرر

---

* هذا الكلام ينطبق على المجتمع الغربى. وقد تتوافر المخدرات فى المجتمعات الشرقية فى مناسبات محدودة مثل حفلات الزواج فى الريف.

بواسطة كل مريض يتلقى تغذية مرتدة من الجماعة. ويقدر تقدم المريض عادة عن طريق تكرار تطبيق مهمة أداء دور.

أن تدريب المهارات الاجتماعية يحسن اداء المريض كما يقاس بمقياس المهارات الاجتماعية، ولكن لم تسفر كل الدراسات التى أجريت عن نتائج تدل على خفضاً مناسبا لاستخدام الكحول اثناء فترة ما بعد العلاج. ولدى مراجعة لهذه البحوث فان شانى يخلص إلى القول:

"ان اقوى دليل على كفاءه التدريب على المهارات الاجتماعية يأتى من الدراسات التى اجريت فى أطار برامج العمل مع المرضى الداخليين المُستخدمين للكحول حيث توجد مكونات علاج اضافية". وبذلك فان المرضى الذين اختبروا بشكل مناسب ولديهم قصور فى المهارات فان ادخال برنامج تدريب المهارات كمكون ضمن برنامج شامل أمر له مايبرره. ومن المعقول أن نفترض أن تدريب المهارات قد يكون فعالاً أيضا مع المدمنين لكن الدراسات المضبوطة على هؤلاء الافراد مازالت ناقصة.

جـ - التعامل مع الانضغاط Stress management

أن الانضغاط والقلق وغيرهما من المفاهيم المرتبطة بهما قد اعتبرت كسبب فى تطور مشكلات الكحول والعقاقير الضارة الأخرى. والبحث الذى يؤيد هذه الوجهة مازالت نتائجه غير متسقه، ومن الواضح أن الاستخدام المزمن والثقيل للعقاقير يزيد القلق وتفسيرات مثل هذه النتيجة هى:

(أ) أن نسبة قليلة من المدمنين لديهم تشخيص مزدوج مع بعض انواع من اختلال القلق.

(ب) على الاقل بالنسبة للكحول توجد فروق فردية فى الدرجة التى يخفض بها استهلاك المخدرات الشعور بالانضغاط.

لهذا العدد المحدود من المرض فى هذه الفئات فان اساليب التعامل مع الانضغاط كتلك التى وصفها ستوكويل وتاون (١٩٨٩) Stockwell & Town قد تكون جزءاً مفيداً من برامج علاجية شاملة ولكن هذه الاساليب وحدها اما أنها غير ضرورية أو أنها علاجا غير كاف فى كثير من الحالات. وقد يكون القلق ايضا قضية علاجية اثناء الانسحاب من المخدر للأشخاص المعتمدين عليه بدنيا ولكن يمكن التعامل مع ذلك بشكل صيدلانى (مثلا استخدام الليبريم) على اساس من مدى قصير فقط بسبب مخاطر التفاعلات الضارة للعقار. ورغم أن أساليب التعامل مع الانضغاط سواء كانت استرخاء أو تغذية حيوية مرتدة قد أدخلت فى علاجات سلوكية واسعة المدى لادمان الكحول والعقاقير الأخرى وأن الدراسات التى أجريت حول النتائج قليلة مما يتعذر معه قياس فاعليتها. وتتضمن الشواهد على نجاح هذا النوع من العلاج اتساقا اكبر فى اثر هذه الفنيات على مؤشرات القلق وانشطة الحياه عما اظهرته حول استخدام الكحول والعقاقير. فضلا عن ذلك فان البحوث تشير إلى أن الاشخاص الذين يتعاطون الكحول ولديهم درجة عاليه من القلق اظهرو انخفاضا فى الكحول نتيجة استخدام تدريبات الاسترخاء معهم. وبذلك فانه كما فى حالة العلاج الزواجى والأسرى والتدريب على المهارات الاجتماعية فان التعامل مع الانضغاط يمكن إدخالها فقط كاجراءات علاجية فى خطة علاج كلية وشاملة عندما يُظهر المرضى تشكيات تحتاج لاستخدام هذه الاجراءات.

د ـ منع النكاسات: Relapse Prevention (RP)

كثير من الطرق التى تستخدم لخفض استهلاك الكحوليات والمخدرات يمكنها أن تنتج خفضاً للادمان ـ لكن الأهم من ذلك هو المحافظة على هذا الخفض. **ولكن ذلك امر يتأثر بعددٍ من المتغيرات فى حياة المدمن. فمثلا فى المرحلة المبكرة من العلاج قد يصبح ذلك أمرا غير واقعى. ولذلك فان تعلم**

التعامل بكفاءة مع المواقف المرتبطة بالادمان فيما مضى قد يكون هاما لنجاح بعيد المدى وهذا هو المبرر الذى تستند إليه برامج منع الانتكاس والتى تمثل أحد التحولات الهامة فى برامج علاج المدمنين.

أن برامج منع الانتكاس تشترك فى أنها تركز على العناصر التالية:

(أ) على تدريب المدمنين على مهارات التعامل والمواجهة Coping Skills مع العواطف والجوانب المعرفية والبيانات المرتبطة مع سوء الاستخدام السابق للعقاقير.

(ب) على النظر إلى نوبات استخدام العقاقير على أنها فرص تعليمية لفهم محددات انتكاس المدمن.

(جـ) على تقليل درجة استخدام العقار عندما يحدث:

وتشتمل طريقة مارلات Marlatts بجانب هذه العناصر الثلاثة على اعادة البنية المعرفية Cognitive restruction الذى يهدف إلى خفض "اثر انتهاك التوقف" الذى يعيشه المريض بعد الاستخدام الأولى للعقار، والذى يعتبر نتيجة مصغرة للتغيرات المعرفية والوجدانية التى يظن أنها تحفز إلى استخدام اكبر. كذلك يدخل فى العلاج الاستراتيجيات المشتقة من التدريب السلوكى على الضبط الذاتى وكذلك التدريب على المهارات المرتبطة وذلك لاحتضان استجابات التعامل فى المواقف ذات الاحتمالية العالية لحدوث الادمان.

لقد حاول أنيس (١٩٧٨) Annis أن يستخدم نظام التصنيف الذى وضعه مارلات لمحددات الانتكاس كى يصمم مقياسا لمواقف الشرب Inventory of Drinking Situations (IDS) الذى يستخدم فى تقويم الدرجة التى استخدم فيها المريض المخدرات اثناء العام المنصرم واشتمل المقياس

على ثمانى مواقف (مثلا: عواطف غير ساره، ضغط اجتماعى لاستخدام العقار، صراع مع أخرين). ومن هذه المعلومات امكن تطوير مدرج بالمواقف الخطرة واشتمل برنامج العلاج على تعريض حى متدرج للمواقف بدءا بالمنخفض وتدرجا نحو المرتفع فى المخاطرة مما يزيد توقعات المريض فى كفاءته لمقاومة مستقبلية لاستخدام العقاقير فى هذه المواقف. كذلك اجراء تقويم اساليب المرضى فى التعامل Coping بهدف ضمان أن ينموا مدىً واسعا من الاستجابات.

خاتمة

عرضنا فى هذا الفصل لعدد من الاساليب والبرامج السلوكية التى تستخدم فى علاج حالات الادمان ويمكن القول أن هذه الطرق والاساليب لا تستخدم بمعزل عن برنامج شامل لاعادة تأهيل هذه الحالات ـ أن العلاج السلوكى هو احد الانشطة التى يمكن أن يشتمل عليها أى برنامج ناجح لعلاج الادمان - وأن يكون هذا البرنامج ضمن الانشطة ـ التى يخطط لها مدير الحالة المسئول عنها ضمن البرامج التى يضعها وأن يكون فريق التأهيل على علم بها حتى يساعد المتخصصون بعضهم البعض فى تنفيذ هذا البرنامج.

المراجع

الدمرداش، عادل: الإدمان: عالم المعرفة، العدد (٥٦) اغسطس ١٩٨٢ ـ الكويت.

السعيد، أحمد عبدالله: الخصائص الشخصية لمدمني الحشيش: دراسة في منطقة الرياض رسالة ماجستير غير منشورة ١٩٨٨.

سويف، مصطفى: الادمان والمجتمع: عالم المعرفة، الكويت، (١٩٩٦).

Abramas, D.B & Niawra, R.S (1987) Social Learning theory. in H.T.Blane & K.E. Leonard (Eds) Psychological therories of drinking and alcholosm: (P.P. 131-180) Guilford.

American Psychiatrie Association: Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th edition) DSM - IV- Washington, D.C. Author.

Blane, H. T (1990) The personality of the alcoholic. in M.E. ehafets (Ed) Frantiers of alcholism. NewYork. Aronson.

Blane, H.T. & Leonard (Eds) (1987) Psychological theorie of drinking and alcoholism. NewYork. Guiford.

Cappell, H. & Greeley, J. (1987) Alcohol and tension Reduction: An update on research and theory. in H.T.Blane & K. Leonard (Eds) Psychological theories of drinking and alcholoism. (p.p. 15-44) NewYork. Guilford.

Cautela, J.R. (1970) Treatment of alcoholism by covert sensitization. Psychotherapy: Theory, Research & practice 7, 86-90.

Chaney, E.F. (1989) Social skills training. In R. & Hester & W.R. Miller. (Eds) Handbook of alcoholism treatment appraches: Effeticve alternatives (pp 206-221) NewYork. Pergamon.

Hula, G.J. & Bentler, P.M (1982) A developmental theory of drug use. Deviation and assesement of cousal modeling approch in P.B. Baltes & G.G. Brin (Eds) life-span development and behavior. (vol 4, pp 147-203) NewYork. Academic Press.

Hull, J.G (1987) self - awarenes model, in H.T.Blane & K.E. leonard (Eds) psychological theories of duinking and alcoholism (pp 272-304) NewYork: Guilford.

Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973) A community - reinforcement approach to alcoholism. Behaviour research and therapy 11, 91-104.

Jessor, R & Jessor, S. (1977) Problem behavior and Psychological development, A longitudinal study of youth. NewYork. Academic press.

mortin, B. (1997) Abnormal Psychology: clinical and scientific perspectives. NewYork. Helt, Rinehort. winston.

Marlatt, G.A. (1978) Craving for alcohol, loss of control and relapse. A cognitive behavior analiosis. In P.E. Nathan G.A. Marlatt and T. loberg (Eds) Alcoholsion. New direction in behavioral research and treatment (pp 271-341) NewYork. Plenum.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) relapce prevention. NewYork. Gwilford.

Meeks, J.D. (1987) Adolescent substance abuse. Etiology and dynamics. in J.D. Nosphitz (Eds) Basic handbook of child psychiatry (Vol V.pp 388 -393). NewYork. Basic books.

Menninger, K.A. (1938) Man against himsalf. NewYork. Harcourt.

O'Farrell, T.J (1988) Marital therapy in the treatment of alcoholism. in N.S. Jacobson & A.S. Gus man (Eds) clinical handbook of marital therapy (pp 513-535) NewYork. Guilford.

Rankin, A., Hodgson, R. & Stockwell, T. (1983) Cue exposure and response prevention will alcoholiss. A controllad triel behavior research and therapy; 21, 435-446.

Rimmele, C.T, Miller, W.R & Dougher, M.J. (1989) Aversion therapies. In R.K, Hester W.R.Miller (Eds) Handbok of alcoholism. treatment approaches Effective alternatives (pp 128-140) NewYork. Pergamon.

Tarter, R.E. (1990) Evaluation and treatment of adolescent substance abuse. A Decision tree method. American Journal of drug and Alcohol Abuse, 16, 1-46.

Tarter, R.E. (1992) prevention of drug abuse. Theory and application. American Journal on addiction, 1,2-20.

Turner, S.M, Calhoum, K.S. & Adams, H.E. (1992) Handbook of clinical behavior therapy (2nd ed) NewYork. John wiley & sons.

Wieder, H. & kaplan, E.H. (1969) Drug use in adolescents Psychodynamic meaning and pharmacologic effect. Psychanalytic study of the child, 24, 399.

Zucker, R.A (1979) development aspects of drinking through the young adult years. In H. Blane & M. Chafetz (Eds) Youth, alcohol and society policy (pp 92-146) NewYork. Plenum.

محتويات الكتاب

هذا الكتاب

يتميز بالجده والعمق والشمول غير المسبوق فى مجال حديث من المجالات التطبيقية لعلم النفس المعاصر ألا وهو العلاج السلوكى، ويقع الكتاب فى بابين مترابطين، يتناول المؤلفان فى الباب الأول الإطار النظرى والأسس التى يقوم عليها العلاج السلوكى الحديث فى إثنا عشر فصلاً تبدأ بتعريف العلاج السلوكى وتطوره وخصائصه وأخلاقياته واسس تقدير السلوك، وأهم الفنيات المستخدمه فى مجال العلاج كالإشراط الكلاسيكى والتخلص المنظم من الحساسية والتدريب على السلوك التوكيدى، والإشراط الاجرائى واستخدام وتطبيق النمذجة فى تعديل السلوك، والغمر، والإشراط التنفيرى، وضبط النفس، وتعديل البنية المعرفية. وأسلوب حل المشكلات أما الباب الثانى فيتناول أهم تطبيقات العلاج السلوكى، والسلوكى المعرفى فى مجال المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال والمراهقين، وفى مجال الاختلالات النفسية كالقلق والاكتئاب والقلق الاجتماعى، ومع المتخلفين عقلياً، وفى المجال الدراسى والتربوى، والطب السيكوسوماتى وعلاج الإدمان، ويقع هذا الجزء فى ثمانية فصول لم يسبق تناول أغلبها من قبل ومن ثم يعد إضافة علمية جديدة قد يسهم بدور طيب فى مساعدة الباحثين والمتخصصين فى مجال العلاج النفسى على وجه العموم.

عبده غريب